

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



Dissertação de Mestrado

***CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E FATORES
ASSOCIADOS NA CIDADE DE PELOTAS/RS***

ANNA MÜLLER PEREIRA

Pelotas/RS
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E
FATORES ASSOCIADOS NA CIDADE DE PELOTAS/RS**

ANNA MÜLLER PEREIRA

Orientadora: Profª Dra. Mariângela Freitas da Silveira
Coorientadora: Dra. Romina Buffarini

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de mestre.

PELOTAS/RS

2021

*Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação*

P436c Pereira, Anna Müller

Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados na cidade de Pelotas/RS / Anna Müller Pereira ; Mariângela Freitas da Silveira, orientadora ; Romina Buffarini, coorientadora. — Pelotas, 2021.

194f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2021.

1. Epidemiologia. 2. Nutrição. 3. Alimentação. 4. Ultraprocessados. 5. Saúde pública. I. Silveira, Mariângela Freitas da, orient. II. Buffarini, Romina, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

ANNA MÜLLER PEREIRA

***CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E FATORES
ASSOCIADOS NA CIDADE DE PELOTAS/RS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre em
Epidemiologia

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Janaína dos Santos Motta
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dra. Juliana dos Santos Vaz
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dra. Mariângela Freitas da Silveira
Universidade Federal de Pelotas
(*orientadora*)

Pelotas/RS, 2021

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, à Deus, por ter me permitido chegar até aqui.

Agradeço aos meus colegas do curso de mestrado por toda a parceria e suporte que tivemos nestes dois anos. Obrigada por compartilharem comigo deste turbilhão de sentimentos que vivemos. Obrigada por estarem presentes desde os momentos de insegurança, receio, no começo do curso, passando pelas madrugadas de revisão de estatística que tivemos na epidemia, chegando à sensação de alívio, dever cumprido e felicidade, ao logarmos o título de mestres em epidemiologia. Vocês todos foram fundamentais nesse processo e foi um prazer fazer parte dessa turma. Agradeço, especialmente, ao meu *grupinho*, Rafa, Gabi e Vic, que foram minha luz e minha força em muitos momentos e que tornaram essa jornada mais leve. Amigos, sou imensamente grata pelo meu caminho ter cruzado o de vocês. Tenho certeza que o que construímos será pra vida toda.

Agradeço a todos os professores do programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel (PPGE) por terem passado seus conhecimentos a mim e aos meus colegas de forma tão hábil.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos recebida ao longo destes dois anos.

Agradeço imensamente à professora Mariângela Silveira por ter me orientado e aceitado o “desafio” de orientar alguém de uma área diferente à de sua atuação. Agradeço pela paciência em me conduzir neste trabalho e por todos os ensinamentos que me passou. Agradeço, também, à doutora Romina Buffarini que me coorientou neste trabalho, por toda ajuda, paciência, apoio e incentivo que sempre demonstrou e por ser um exemplo de pessoa e profissional em quem se espelhar. Foi um privilégio e um prazer ter sido orientada por vocês.

Agradeço à professora Maria Cecilia Assunção pela revisão do projeto que é parte desta dissertação. Agradeço, também, às professoras Janaína Motta e Juliana Vaz, por terem participado da banca examinadora desta dissertação e pelas suas considerações. É um prazer ter essas três pessoas que colaboraram

com a minha formação acadêmica na faculdade de nutrição e no começo da minha jornada na epidemio, colaborando, também, em minha dissertação de mestrado.

Agradeço, especialmente, aos meus pais José Carlos e Nóris, e ao meu irmão João Augusto, cujo apoio, incentivo e amor incondicional estiveram presentes não só durante o mestrado, mas durante toda a minha vida. Eu amo vocês!

***“Y por seguir tu corazón
Llegarás a donde quieras!”
(RBD)***

Apresentação

A presente dissertação de mestrado foi elaborada pela aluna Anna Müller Pereira, sob orientação da Professora Doutora Mariângela Freitas da Silveira e co-orientação da Doutora Romina Buffarini. Foi elaborada conforme as normas do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Epidemiologia.

O presente volume é composto pelo projeto de pesquisa; alterações no projeto original; relatório de trabalho de campo do estudo Saúde Em Casa; relatório individual do estudo Saúde Em Casa; artigo original e nota à imprensa.

O artigo original, integrante desse volume, intitula-se: *“Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de uma coorte de nascimentos de Pelotas”*. Esse artigo possui como população-alvo as crianças pertencentes à Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015.

No ano de 2020, fomos acometidos por uma pandemia de um vírus chamado COVID-19. Em função desta pandemia, a coleta de dados do estudo Saúde Em Casa – consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2019/2020 – que estava sendo desenvolvida, foi suspensa. Dessa forma, os alunos da turma de mestrado 2019-2020 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas tiveram que buscar dados alternativos para a redação do artigo exigido como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em epidemiologia. Assim, o artigo original contido no presente volume foi redigido, portanto, utilizando dados da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015.

Resumo

PEREIRA, Anna Müller. **Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados na cidade de Pelotas/RS**. 2021. 194f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas 2021.

Diversas mudanças ocorridas no Brasil nos últimos anos promoveram alterações no padrão alimentar da população brasileira, contribuindo para o desequilíbrio na oferta de nutrientes e para o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Desse modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados na população adulta da zona urbana da cidade de Pelotas/RS e os fatores associados a esse consumo. Para avaliação do desfecho utilizou-se um questionário de marcadores de consumo saudáveis e não saudáveis. Foi considerado como habitual o consumo em cinco dias da semana ou mais, de pelo menos um grupo de alimentos ultraprocessados (AUP) de acordo com a NOVA classificação. Foram coletadas informações sobre sexo, idade, cor da pele, estado civil, nível econômico, escolaridade, estado nutricional, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Análise bivariada por regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para estimar a associação entre consumo de alimentos ultraprocessados e as variáveis de exposição. Foram entrevistados 827 indivíduos. A prevalência de consumo habitual de alimentos ultraprocessados em adultos da zona urbana da cidade de Pelotas/RS foi de 67,7%. Este consumo se mostrou associado à menor idade e grau de escolaridade e cor da pele preta. Avaliar o consumo alimentar utilizando uma classificação que considera a natureza, extensão e grau de processamento, contribui para a definição de medidas preventivas e ações de educação nutricional mais efetivas, de forma a melhorar a qualidade de alimentação da população e diminuir o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de doenças crônicas não-transmissíveis.

Palavras-chave: Alimentos; Nutrição; Ultraprocessados; Saúde Pública

Abstract

PEREIRA, Anna Müller. **Consumption of ultra-processed foods and associated factors in the city of Pelotas / RS**. 2021. 194s. Dissertation (Master in Epidemiology) – Postgraduate Program in Epidemiology. Federal University of Pelotas, Pelotas 2021.

Several changes, which occurred in Brazil in recent years, have promoted changes in the dietary pattern of the Brazilian population, contributing to the imbalance in the supply of nutrients and to the increase in the consumption of ultra-processed foods. Thus, the objective of this study was to evaluate the prevalence of consumption of ultra-processed foods in the adult population of the urban area of Pelotas/RS and the factors associated with this consumption. To evaluate the outcome, a questionnaire of healthy and unhealthy consumption markers was used. The consumption of at least one group of ultra-processed foods, according to the NOVA classification on five days or more of the week, was considered as habitual. Informations about sex, age, skin color, marital status, economic status, education, nutritional status, alcohol consumption and smoking were collected. Bivariate analysis using Poisson regression with robust variance was used to estimate the association between consumption of ultra-processed foods and exposure variables. A total of 827 individuals were interviewed. The prevalence of habitual consumption of ultra-processed foods among adults in the urban area of the city of Pelotas/RS was 67.7%. This consumption is associated with lower age and education and black skin color. Evaluating food consumption using a classification that considers the nature, extent and degree of processing, contributes to the definition of preventive measures and more effective nutritional education actions, in order to improve the quality of the population's food and reduce the appearance, development and aggravation of chronic non-communicable diseases.

Keywords: Food; Nutrition; Ultra-processed; Public Health

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
IMC	Índice de Massa Corporal
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PPGEPI	Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AUP	Alimentos ultraprocessados
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	13
ALTERAÇÕES NO PROJETO ORIGINAL	62
RELATÓRIO DE CAMPO.....	64
RELATÓRIO INDIVIDUAL.....	105
CANCELAMENTO DO ESTUDO SAÚDE EM CASA	112
ARTIGO ORIGINAL.....	114
NOTA À IMPRENSA	135
ANEXOS E APÊNDICES.....	138

PROJETO DE PESQUISA

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma da busca bibliográfica e seleção dos artigos	26
Figura 2	Modelo Teórico Conceitual	41

Lista de Tabelas

Tabela 1	Apresentação das variáveis de exposição	46
Tabela 2	Setores censitários selecionados por bairro do município de Pelotas/RS	49

Lista de Quadros

Quadro 1	Termos buscados para a revisão de literatura nas bases de dados LiLaCs, SciELO e PubMed e número de referências recuperadas.	25
Quadro 2	Principais referências sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados ao consumo	27
Quadro 3	Classificação dos alimentos do questionário, de acordo com a NOVA classificação	45
Quadro 4	Cálculo amostral para prevalência de consumo	48
Quadro 5	Cálculo amostral para associações	48
Quadro 6	Cronograma de atividades	53

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 A Classificação dos alimentos	22
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
2.1 Resumo dos principais achados	33
2.2 Conclusão	37
3. MARCO TEÓRICO	39
3.1 Modelo teórico conceitual	40
4. JUSTIFICATIVA	41
5. OBJETIVOS	42
5.1 Objetivo geral	42
5.2 Objetivos específicos	42
6. HIPÓTESES	43
7. METODOLOGIA	43
7.1 Delineamento	43
7.2 Justificativa de delineamento	44
7.3 Definição operacional do desfecho	44
7.4 Definição operacional das exposições	45
7.5 População alvo	47
7.6 Critérios de elegibilidade	47
7.7 Perdas e recusas	47
7.8 Cálculo de tamanho amostral	47
7.9 Seleção da amostra	48
7.10 Instrumento para coleta de dados	49
7.11 Estudo piloto	50
7.12 Treinamento e seleção de entrevistadores	50
7.13 Logística e trabalho de campo	51

7.14 Controle de qualidade	52
7.15 Processamento e análise de dados	52
7.16 Aspectos éticos	52
7.17 Divulgação dos resultados	53
7.18 Orçamento e financiamento	53
7.19 Cronograma	53
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
9. APÊNDICE A. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	59

1. Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil passou por diversas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais. Essas transformações promoveram uma mudança no padrão alimentar da população brasileira, cujos alimentos in natura ou minimamente processados foram substituídos por produtos industrializados, cenário este que tem contribuído para o desequilíbrio na oferta de nutrientes e para o alto consumo de alimentos calóricos. (BRASIL, 2014; MONTEIRO et al., 2010) Associadas a alterações no estilo de vida da população, essas transformações acarretaram a transição nutricional, caracterizada pela redução da desnutrição e aumento significativo do excesso de peso (BRASIL, 2014; IBGE, 2010). Na população brasileira, a obesidade cresceu 60% entre 2006 e 2016, de 11,8% a 18,9%, respectivamente (BRASIL, 2017) e aliado a isso, observa-se a evolução das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; CASADO et al., 2009) que, segundo a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), são responsáveis por 63% de todas as mortes do mundo (GOULART, 2011).

De acordo com a NOVA classificação dos alimentos, proposta por Monteiro e colaboradores (MONTEIRO et al., 2016), os alimentos ultraprocessados (AUP) são produtos que, em geral, diferentemente dos processados, não mantêm sua identidade básica por sofrerem diversas etapas e técnicas de processamento e por incluírem substâncias e aditivos usados na fabricação de alimentos processados como açúcar, óleos, gorduras e sal, além de antioxidantes, estabilizantes e conservantes. Os alimentos ultraprocessados são classificados como formulações industriais feitas de substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas, como corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e outros aditivos, utilizados para deixar os produtos mais atraentes e com maior durabilidade nas prateleiras. Esses alimentos são altamente consumidos em países de alta renda e, em países de média renda, como o Brasil, o seu consumo é crescente (MONTEIRO et al., 2013). São exemplos desses produtos: biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes, macarrão instantâneo, entre outros (MONTEIRO et al., 2016).

Dados de estudos de aquisição domiciliar de alimentos, realizados no Brasil, no Chile e no Canadá, mostram que alimentos ultraprocessados possuem maior densidade energética, maior teor de açúcar livre e menor teor de fibra que alimentos in natura ou minimamente processados, mesmo quando combinados com ingredientes culinários como sal, açúcar e gorduras (CROVETTO et al., 2014; MONTEIRO et al., 2011; MOUBARAC et al., 2013).

Quando consumidos em pequenas quantidades e com outras fontes saudáveis de calorias, os produtos ultraprocessados não trazem grande prejuízo à saúde (MONTEIRO et al., 2013). No entanto, atualmente, observa-se na dieta da população brasileira, uma rápida substituição de alimentos tradicionais como arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras, por alimentos ultraprocessados (MONTEIRO et al., 2010), devido à praticidade e por serem altamente palatáveis e de baixo custo (MARTINS et al., 2003). Aliado a isso, ainda há uma grande influência da mídia e do mercado publicitário que, por meio de propagandas, promoções, embalagens e rótulos, incentivam o consumo excessivo desses produtos (DIEZ GARCIA, 2003; PINHEIRO, 2005). Essas mudanças no padrão alimentar da população têm sido acompanhadas de grandes aumentos na prevalência de obesidade, de diabetes e de várias outras enfermidades crônicas relacionadas à alimentação (MONTEIRO et al., 2016).

Estudos que analisaram a tendência alimentar na população da América Latina, de 1964 a 1999, observaram um aumento na ingestão de gorduras, de carboidratos simples, especialmente provindo do açúcar e de produtos industrializados (BERMUDEZ and TUCKER, 2003). No Brasil, em 2002-2003, a prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados era de 20,8% e em 2008-2009, aumentou para 25,5% (MARTINS et al., 2013). Um estudo que avaliou o perfil nutricional da população brasileira, segundo a participação dos alimentos ultraprocessados na dieta, indicou que, enquanto a alimentação dos 20,0% dos brasileiros que menos consomem AUP atende ou se aproxima das recomendações internacionais com relação a todos os indicadores nutricionais da dieta saudável, a alimentação dos 20,0% dos brasileiros que mais consomem alimentos ultraprocessados tem conteúdo excessivo em gorduras totais, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sódio (LOUZADA et al., 2015).

Em Pelotas, um estudo de doutorado utilizando dados alimentares dos participantes de três coortes de nascimento (2004, 1993 e 1982), mostrou que a contribuição energética diária dos alimentos ultraprocessados foi maior na coorte mais jovem (33,7%, 29,8% e 25,1% aos 11, 22 e 30 anos, respectivamente). A escolaridade materna apresentou associação com o desfecho tipo dose-resposta inversa nas coortes de 2004 e 1993 e direta na coorte de 1982. O sexo feminino esteve associado à maior contribuição dos ultraprocessados nas coortes de 1993 e 1982. Cor da pele materna, nas coortes de 2004 e 1993, e do participante, na coorte de 1982, mostraram-se associados à contribuição energética proveniente de ultraprocessados (COSTA, et al., 2019).

Outro estudo realizado na coorte de nascimentos de 1982 mostrou que, aos 22 anos, cerca da metade da ingestão calórica diária dos participantes, foi atribuída ao consumo de alimentos ultraprocessados. Ainda, o maior consumo desses alimentos foi positivamente associado ao consumo de gorduras, colesterol, sódio, ferro, cálcio e calorias (BIELEMANN et al., 2015).

Monteiro e colaboradores (2019) reuniram evidências de análises de conjuntos de dados nacionalmente representativos coletados em 11 países de 2001 a 2015, que mostram que a substituição do consumo de alimentos minimamente processados por ultraprocessados está consistentemente associado a uma deterioração geral da qualidade nutricional das dietas. (MONTEIRO et al., 2019). Os achados na literatura indicam, então, que a redução no consumo de alimentos ultraprocessados é um caminho natural para a promoção da alimentação saudável, evitando, portanto, o desenvolvimento ou agravos de DCNT (LOUZADA et al., 2015).

A alimentação é considerada como um dos condicionantes para promoção de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2012). Portanto, identificar a frequência de consumo de alimentos ultraprocessados em distintas populações, utilizando uma classificação que não considera somente os nutrientes de um alimento, mas sim a natureza, a extensão e o grau de seu processamento, não só colabora com a literatura sobre o consumo alimentar, como se torna necessário para a criação e implantação de políticas e ações de saúde, especialmente voltadas à alimentação e nutrição adequadas, visando combater o aparecimento, desenvolvimento e agravos das doenças crônicas não-transmissíveis

(AZEVEDO et al., 2014).

Para a avaliação da contribuição proveniente de alimentos ultraprocessados na alimentação da população adulta da zona urbana da cidade de Pelotas/RS, serão coletados dados de frequência de consumo de alimentos sem processamento/minimamente processados (grupo 1) e alimentos ultraprocessados (grupo 4).

Frente à relevância do consumo destes alimentos, alguns aspectos, serão detalhadamente apresentados a seguir:

1.1. Classificação dos alimentos

As alterações no estilo de vida da população, advindas da globalização e da urbanização, provocaram mudanças nos comportamentos alimentares (DAVE, 2009; DIEZ GARCIA, 2003). A falta de tempo para o preparo e para o consumo de alimentos estimulou a indústria alimentícia a desenvolver novas técnicas de conservação e de preparo de alimentos, disponibilizando maior variedade de alimentos com diferentes graus de processamento, para consumo rápido (DIEZ GARCIA, 2003; MONTEIRO et al., 2010).

A maioria dos estudos de avaliação do consumo alimentar encontrados na literatura, são fundamentados, sobretudo, na análise de nutrientes e alimentos específicos, em detrimento de diversas outras abordagens: combinações de alimentos, refeições e dimensões culturais e sociais das práticas alimentares (CLARO, et al., 2016; LOUZADA et al., 2015; MONTEIRO et al., 2010).

Monteiro e colaboradores (2016) propuseram uma NOVA classificação de alimentos baseada na extensão do processamento industrial usado na sua produção. Foram definidos quatro principais grupos: grupo 1, composto de alimentos in natura ou minimamente processados; grupo 2, ingredientes culinários processados; grupo 3, alimentos processados, produtos fabricados com a adição de sal ou açúcar, e eventualmente óleo, vinagre ou outra substância do grupo 2, a um alimento do grupo 1 e, grupo 4, os alimentos ultra processados, muitas vezes chamados de *fast foods* ou alimentos de conveniência (MONTEIRO et al., 2016).

O grupo 1 inclui alimentos in natura ou minimamente processados, que se refere, na maioria das vezes, a mudanças físicas nos alimentos. Como

exemplos desse grupo, citam-se leite, carne fresca, grãos, nozes, frutas e legumes, raízes e tubérculos, chás, cafés, infusões de ervas, água de torneira, água mineral engarrafada (MONTEIRO et al., 2016).

O grupo 2, inclui substâncias extraídas diretamente de alimentos do grupo 1 ou da natureza e consumidas como itens de preparações culinárias. São exemplos dessas substâncias: sal de cozinha extraído de minas ou da água do mar; açúcar, melado e rapadura extraídos da cana de açúcar ou da beterraba; mel extraído de favos de colmeias; óleos e gorduras extraídos de alimentos de origem vegetal ou animal (como óleo de soja ou de oliva, manteiga, creme de leite e banha), amido extraído do milho ou de outra planta (MONTEIRO et al., 2016).

O grupo 3 é composto de alimentos processados que incluem produtos fabricados com a adição de sal ou açúcar, e eventualmente óleo, vinagre ou outra substância do grupo 2, a um alimento do grupo 1, sendo em sua maioria produtos com dois ou três ingredientes. O grupo 3 inclui conservas de hortaliças, de cereais ou de leguminosas, castanhas adicionadas de sal ou açúcar, carnes salgadas, peixe conservado em óleo ou água e sal, frutas em calda, queijos e pães (MONTEIRO et al., 2016).

O grupo 4 é formado por alimentos ultraprocessados. Este grupo é constituído por formulações industriais feitas tipicamente com cinco ou mais ingredientes. Com frequência, esses ingredientes incluem substâncias e aditivos usados na fabricação de alimentos processados como açúcar, óleos, gorduras e sal, além de antioxidantes, estabilizantes e conservantes. Os alimentos ultraprocessados são classificados como formulações industriais feitas de substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas. Podem ser divididos em alimentos prontos para comer, como lanches ou sobremesas, e em pré-preparados prontos para aquecer, com pouca ou nenhuma preparação, criados para substituir os pratos feitos em casa e as refeições. São exemplos de alimentos ultraprocessados: refrigerantes e pós para refrescos; salgadinhos de pacote; sorvetes, chocolates, balas e guloseimas em geral, biscoitos, bolos e misturas para bolo; 'cereais matinais' e 'barras de cereal'; bebidas 'energéticas', achocolatados e bebidas com sabor de frutas; produtos congelados prontos para aquecer incluindo tortas, pratos de massa e pizzas pré-preparadas, nuggets,

salsicha, hambúrguer e outros produtos de carne reconstituída, e sopas, macarrão e sobremesas ‘instantâneos’ (MONTEIRO et al., 2016).

A crescente substituição de alimentos tradicionais (arroz, feijão, legumes e verduras) por alimentos ultraprocessados vai ao encontro de um aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade na população brasileira. Isso se deve a vários fatores como: quanto maior o processamento, maiores serão a densidade energética, os teores de lipídios, a presença de carboidratos simples, gerando altas cargas glicêmicas, o sabor, e menor será a quantidade de fibras e nutrientes, além da grande quantidade de aditivos e conservantes (MONTEIRO et al., 2011; MONTEIRO et al., 2013; MONTEIRO et al., 2016).

2. Revisão bibliográfica

Para o estudo de consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados, foi realizada busca de artigos relacionados nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed. Foram selecionadas palavras-chave utilizadas na literatura relacionadas ao tema, não se restringindo aos *Medical Subject Headings (MeSH)*.

Da base de dados da PubMed, foram incluídos na revisão trabalhos científicos nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados nos últimos 10 anos. Nesta base, os termos “*ultraprocessed food*”, “*ultra-processed food*” e “*ultra processed food*”, recuperaram os mesmos artigos, sendo tratados como sinônimos.

As palavras-chave e o número de artigos recuperados em cada base de dados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Termos buscados para a revisão de literatura nas bases de dados LiLaCs, SciELO e PubMed e número de referências recuperadas.

	Descritores		Artigos encontrados
Lilacs	Ultraprocessados	AND adulto	15
		AND Fatores socioeconomicos	5
		AND obesidade	25
		AND tabagismo	2
		AND álcool	3
		AND atividade física	0
	Total Lilacs		50
SciELO	Ultraprocessados	AND adulto	5
		AND Fatores socioeconomicos	6
		AND obesidade	1 3
		AND tabagismo	1
		AND álcool	1
		AND atividade física	0
	Total SciELO		26
Medline	Ultraprocessed food	AND socioeconomic factors	7 1
		AND obesity	5 8
		AND smoking	3
		AND alcohol	3 8
		AND physical activity	2 2
	Total Pubmed		192
	Total		268

Foram encontrados 268 artigos e 74 foram selecionados a partir do título. Excluindo os duplicados, foram selecionados 47 estudos. Após a leitura dos resumos, foram excluídos estudos que associavam consumo de alimentos ultraprocessados com doenças crônicas ou outras doenças, estudos realizados apenas com crianças ou adolescentes e estudos que avaliaram a ingestão de nutrientes específicos. Desta forma, 17 artigos selecionados foram lidos na íntegra, sendo que 10 artigos foram considerados relevantes para o estudo e incluídos na revisão de literatura. Somaram-se a estes, 2 documentos de

resultados de inquérito nacional (Figura 1). Foram incluídos na revisão de literatura estudos transversais, que avaliaram o consumo de alimentos ultraprocessados associado a fatores socioeconômicos e comportamentais, em amostras que incluem indivíduos adultos.

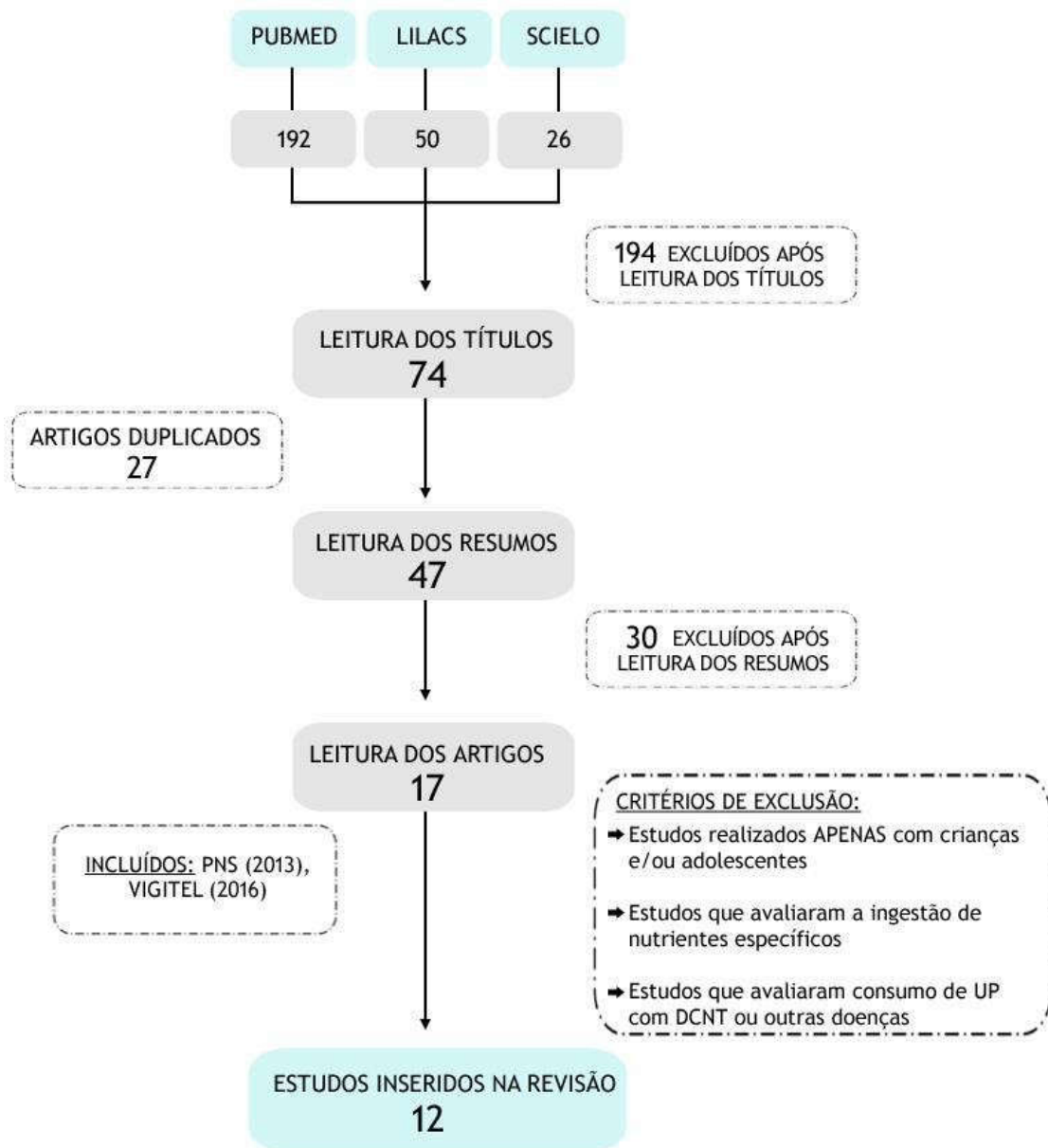


Figura 1: Fluxograma da busca bibliográfica e seleção dos artigos

No quadro 2, encontram-se as principais referências encontradas sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados.

Quadro 2: Principais referências sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados ao consumo (n=12)

Descrição: Autores, ano, local, revista	Objetivos	Delineamento /Amostra	Instrumento dietético/ Alimentos avaliados	Principais resultados
Autores: IBGE Ano de publicação: 2014 País/Cidade: Brasil Revista: IBGE <i>"PNS 2013 – Pesquisa Nacional de Saúde"</i>	Avaliar informações sobre percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas constitui material de destaque nesta publicação, com corte regional para Brasil, Grandes regiões e Unidades da Federação.	Pesquisa Nacional, com adultos de idade ≥ 18 anos	O consumo alimentar foi avaliado por questionário semiestruturado de Consumo regular (cinco ou mais dias em uma semana) Dos alimentos avaliados, são considerados ultraprocessados: doces e refrigerantes	Consumo regular de refrigerante (23,4%): Sexo: mulheres (20,5%); homens (26,6%) Consumo de doces regularmente (21,7%): Sexo: mulheres (22,4%); homens (20,9%) Idade: 18 a 24 anos (32,0%); 60 anos ou mais (17,2%) Nível de instrução: nível superior completo (27,4%) sem instrução e fundamental incompleto (16,7%).
Autores: Adams & White Ano de publicação: 2015 País/Cidade: Reino Unido Revista: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity <i>"Characterisation of UK diets according to degree of food processing and associations with socio-demographics and obesity: cross-sectional analysis of UK National Diet and Nutrition Survey"</i>	Descrever o conteúdo nutricional de alimentos classificados de acordo com o grau de processamento; o conteúdo nutricional de dietas com diferentes ingestões relativas de alimentos processados; as características sociodemográficas de indivíduos com diferentes ingestões relativas de alimentos processados; e a associação entre ingestão de alimentos processados e peso corporal.	Estudo transversal utilizando dados da <i>Pesquisa Nacional sobre Dieta e Nutrição do Reino Unido (NDNS)</i>, 2008-12. Avaliou 2.174 adultos com idade ≥ 18 anos.	O consumo alimentar foi avaliado por meio de diário alimentar de 4 dias. Os alimentos foram classificados em: sem processamento, processados e ultraprocessados. Foi estimada a ingestão de energia proveniente dos alimentos de acordo com o grau de processamento.	O consumo de alimentos ultraprocessados foi responsável por 53% da energia consumida. O consumo de energia proveniente de alimentos ultraprocessados foi maior entre os homens e em indivíduos mais jovens (18-29 anos de idade).

Quadro 2 (continuação): Principais referências sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados ao consumo (n=12)

Descrição: Autores, ano, local, revista	Objetivos	Delineamento /Amostra	Instrumento dietético/ Alimentos avaliados	Principais resultados
Autores: Bielemann et al. Ano de publicação: 2015 País/Cidade: Brasil/ Pelotas/RS Revista: Rev Saúde Pública <i>“Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens”</i>	Avaliar o consumo de alimentos ultraprocessados, os fatores associados e a sua influência na ingestão de nutrientes em adultos jovens.	Estudo transversal com 4.202 participantes da Coorte de Nascimentos de 1982, de Pelotas/RS	O consumo alimentar foi avaliado por meio de questionário de frequência alimentar.	O consumo de alimentos ultraprocessados contribuiu com 51,2% das calorias totais ingeridas. A ingestão de alimentos ultraprocessados foi maior entre indivíduos: do sexo feminino; de maior escolaridade; que nunca foram pobres e eutróficos.
Autores: BRASIL Ano de publicação: 2017 País/Cidade: Brasil Revista: Ministério da Saúde <i>“VIGITEL BRASIL 2016 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito telefônico”</i>	Monitorar por inquérito telefônico a frequência e distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Pesquisa Nacional, 26 estados brasileiros e no Distrito Federal com 40.853 adultos com idade ≥18 anos	O consumo alimentar foi avaliado a partir de um questionário de consumo regular (cinco ou mais dias da semana). Dentre os alimentos avaliados, são considerados Ultraprocessados: Doces, refrigerantes.	Consumo regular de doces (18,1%): maior consumo entre mulheres (20,3%) do que entre homens (15,6%). Em ambos os sexos, a frequência e maior entre os mais jovens (18 a 24 anos) e tendeu a aumentar de acordo com o nível de escolaridade; Consumo regular de refrigerante (20,8%): maior consumo entre homens (23,9%) do que entre mulheres (18,2%). Em ambos os sexos, o consumo regular de refrigerantes tendeu a diminuir com a idade e foi maior entre os indivíduos com escolaridade intermediária (9 a 11 anos de estudo);

Quadro 2 (continuação): Principais referências sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados ao consumo (n=12)

Descrição: Autores, ano, local, revista	Objetivos	Delineamento /Amostra	Instrumento dietético/ Alimentos avaliados	Principais resultados
Autores: Moubarac J.C et al Ano de publicação: 2017 País/Cidade: Canadá Revista: Appetite <i>"Consumption of ultra-processed foods predicts diet quality in Canada."</i>	Descrever os padrões de consumo de alimentos no Canadá e investigar a associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e o perfil de nutrientes da dieta.	Estudo transversal utilizando dados da <i>Canadian Community Health Survey (2004)</i>. Avaliou 33.694 indivíduos com idade ≥ 2 anos. <u>*Excluídas do estudo:</u> Nutrizes e gestantes	O consumo alimentar foi avaliado por meio de recordatório de 24h. Alimentos e bebidas foram classificados usando a NOVA classificação.	Em 2004, os canadenses com 2 anos ou mais consumiram em média 2064 kcal por dia, das quais 47,7% de alimentos ultraprocessados. Consumo foi maior em homens, com idade entre 2-18 (55%) anos e 19-30 (51%) anos e de nível de escolaridade mais baixo (Less than high school).
Autores: Steele et al Ano de publicação: 2017 País/Cidade: Estados Unidos Revista: Population Health Metrics <i>"The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study"</i>	Investigar a relação entre a contribuição energética de alimentos ultraprocessados na dieta dos EUA e seu conteúdo de fatores críticos nutrientes, individualmente e em geral.	Estudo transversal utilizando dados da <i>National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2009–2010</i>. Avaliou 9.317 indivíduos com idade ≥ 1 ano.	O consumo alimentar foi estimado a partir de recordatório de 24h. Os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação.	A ingestão média diária de energia nos EUA em 2009- 2010 foi de 2.069,9 kcal 57,5% calorias provenientes de alimentos ultraprocessados.

Quadro 2 (continuação): Principais referências sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados ao consumo (n=12)

Descrição: Autores, ano, local, revista	Objetivos	Delineamento /Amostra	Instrumento dietético/ Alimentos avaliados	Principais resultados
Autores: Cediel et al. Ano de publicação: 2017 País/Cidade: Chile Revista: Public Health Nutrition <i>“Ultra-processed foods and added sugars in the Chilean diet (2010)”</i>	Avaliar o consumo de alimentos ultraprocessados e analisar sua associação com o teor de açúcares adicionados na dieta chilena	Estudo transversal utilizando dados da <i>Encuesta Nacional de Consumo Alimentario - 2010</i>. Avaliou 4.920 indivíduos com idade ≥ 2 anos.	O consumo alimentar foi avaliado por meio de recordatório de 24h. Os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação.	O consumo médio diário per capita de energia entre os chilenos com 2 anos ou mais foi de 1819 kcal. 28,6% da energia total foi proveniente de alimentos ultraprocessados. Indivíduos mais jovens, vivendo nas áreas urbanas, residentes na região metropolitana e com maior renda, apresentaram um consumo significativamente maior de alimentos ultraprocessados,
Autores: Baraldi et al Ano de publicação: 2018 País/Cidade: Estados Unidos Revista: BMJ open <i>“Consumption of ultra-processed foods and associated sociodemographic factors in the USA between 2007 and 2012: evidence from a nationally representative cross-sectional study.”</i>	Comparar o consumo de alimentos ultraprocessados em grupos sociodemográficos e ao longo do tempo (2007–2008, 2009–2010, 2011–2012) nos EUA	Estudo transversal com 23.847 indivíduos com idade ≥ 2 anos, utilizando dados da <i>National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007–2012</i>.	O consumo alimentar foi avaliado a partir de recordatório de 24h. Os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação.	Quase 60% das calorias de energia diária consumidas no período de 2007 a 2012 vieram de alimentos ultraprocessados. O consumo de alimentos ultraprocessados nos EUA no período de 2007 a 2012 foi em geral alto, maior entre brancos não-hispânicos ou negros não- hispânicos, mais jovens, de baixa renda e aumentou ao longo do tempo.

Quadro 2 (continuação): Principais referências sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados ao consumo (n=12)

Descrição: Autores, ano, local, revista	Objetivos	Delineamento /Amostra	Instrumento dietético/ Alimentos avaliados	Principais resultados
Autores: Julia, C., et al Ano de publicação: 2018 País/Cidade: França Revista: Am J Clin Nutr <i>“Contribution of ultra-processed foods in the diet of adults from the French NutriNet-Santé study”</i>	Investigar a contribuição de ultraprocessados na dieta em uma grande população francesa e sua associação com fatores sociodemográficos e padrões alimentares.	Análise transversal dos dados alimentares de 74.470 participantes da coorte NutriNet-Santé com idades entre 18 anos ou mais.	O consumo alimentar foi avaliado a partir de 3 recordatórios de 24h sendo 2 de dias de semana e 1 dia de final de semana. Os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação.	Os alimentos ultraprocessados contribuíram com 35,9% da ingestão total de energia. Maior consumo de ultraprocessados foi associado ao sexo masculino, menor idade, menor escolaridade, tabagismo e sobrepeso e obesidade.
Autores: Louzada, M. et al. Ano de publicação: 2018 País/Cidade: Brasil Revista: Public Health Nutrition <i>“The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil”</i>	Estimar a parcela da dieta de alimentos ultraprocessados e determinar sua associação com a qualidade nutricional geral das dietas no Brasil	Estudo transversal utilizando dados da <i>POF 2008–2009</i>. Avaliou 32.898 brasileiros com idade maior ou igual a 10 anos.	O consumo alimentar foi estimado a partir da média de 2 recordatórios de 24h. Os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação.	A ingestão média diária de energia na dieta per capita foi de 1896 Kcal. O consumo médio diário de energia per capita proveniente de alimentos ultraprocessados foi de 20,4%.

Quadro 2 (continuação): Principais referências sobre consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados ao consumo (n=12)

Descrição: Autores, ano, local, revista	Objetivos	Delineamento /Amostra	Instrumento dietético/ Alimentos avaliados	Principais resultados
Autores: Marron-Ponce, J. A., et al. Ano de publicação: 2018 País/Cidade: México Revista: Public Health Nutrition <i>“Energy contribution of NOVA food groups and sociodemographic determinants of ultra-processed food consumption in the Mexican population”</i>	Identificar as contribuições energéticas dos grupos alimentares NOVA na dieta mexicana e as associações entre características sociodemográficas individuais e a contribuição energética de alimentos ultraprocessados	Estudo transversal utilizando dados da <i>Mexican National Health and Nutrition Survey 2012</i>. Avaliou 10.087 indivíduos com idade maior ou igual a 1 ano.	O consumo alimentar foi avaliado a partir de recordatório de 24h. Os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação.	Alimentos ultraprocessados contribuíram com 29,8% da energia consumida.
Autores: Parra et al. Ano de publicação: 2019 País/Cidade: Colômbia Revista: Salud Publica Mex Referência: <i>“Association between ultra-processed food consumption and the nutrient profile of the Colombian diet in 2005”</i>	Avaliar o consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados e sua associação com o perfil de nutrientes da dieta colombiana em 2005	Estudo transversal que avaliou 38.643 indivíduos com idade entre 2 e 64 anos, utilizando dados da <i>National Nutrition Survey</i> e da <i>Demographic and Health National Survey of Colombia</i>	O consumo alimentar foi avaliado por meio de recordatório de 24h. Os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação.	Os alimentos e bebidas ultraprocessados representaram 15,9% da ingestão diária total de energia da dieta da população colombiana, em 2005.

2.1. Resumo dos principais achados

A participação de alimentos ultraprocessados no consumo alimentar está diretamente associada à densidade energética da dieta e a seu teor de gorduras saturadas, gorduras trans e açúcar livre e inversamente associada ao teor de fibras e proteínas. A carga glicêmica e a quantidade energética dos alimentos ultraprocessados é elevada quando comparados aos alimentos minimamente processados, mostrando, assim, que o maior consumo desses alimentos pode levar a problemas de saúde, no futuro. (D'AVILA and KIRSTEN, 2017; MONTEIRO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011; SCHLINDWEIN and KASSOUF, 2007)

Adams e White (2015), realizaram um estudo utilizando dados transversais da Pesquisa Nacional sobre Dieta e Nutrição do Reino Unido (NDNS), 2008-12, onde foram avaliados 2.174 adultos do Reino Unido, através de um diário alimentar de 04 dias. Neste estudo, os alimentos consumidos foram classificados em: sem processamento, processados e ultraprocessados. Uma média de 28% da energia foi obtida dos alimentos minimamente processados, 13% de alimentos processados e 53% de alimentos ultraprocessados, sendo essa % maior nos homens e em indivíduos mais jovens (18-29 anos).

A *Canadian Community Health Survey*, realizada no Canadá, no ano de 2004, analisou o perfil alimentar de 33.964 indivíduos com idade ≥ 2 anos, a partir de recordatório alimentar de 24h. Apesar dos dados alimentares terem sido coletados 13 anos antes da publicação do estudo, os resultados dessa pesquisa fornecem a estimativa mais recente e representativa nacionalmente da ingestão alimentar individual no Canadá. Moubarac e colaboradores (2017) classificaram todos os itens alimentares utilizando a classificação NOVA e concluíram que em 2004, os canadenses com 2 anos ou mais consumiram em média 2064 kcal por dia, 39,2% dos quais eram de alimentos não processados ou minimamente processados, 6,1% de ingredientes culinários processados, 7,0% de alimentos processados e 47,7% de alimentos ultraprocessados. O consumo desses alimentos foi maior em homens e em pessoas de nível de escolaridade mais baixo. Também foi observada uma relação negativa com a idade (quanto maior a idade, menor consumo).

Julia e colaboradores (2018) analisaram os dados alimentares de 74.470 participantes do *French NutriNet-Santé study*, um estudo de web coorte, que

avaliou indivíduos com idade ≥ 18 anos. Os dados alimentares foram coletados a partir de 3 registros de 24h e os alimentos e bebidas consumidos foram classificados utilizando a NOVA classificação. Os resultados obtidos nessa análise apontaram que os alimentos ultraprocessados representaram 35,9% da ingestão total de energia dos indivíduos e maior consumo foi associado ao sexo masculino, menor idade, menor escolaridade, tabagismo e sobrepeso e obesidade.

Steele e colaboradores (2017) analisaram dados representativos nacionalmente da *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)*, realizado em 2009-2010, nos Estados Unidos. Os dados alimentares dos 9.317 indivíduos com idade ≥ 1 ano incluídos no estudo, foram avaliados a partir de recordatório alimentar de 24h e os alimentos foram classificados de acordo com a NOVA classificação. A ingestão média diária de energia nos EUA em 2009-2010 foi de 2.069,9 kcal, entre as quais 30,2% de alimentos não processados ou minimamente alimentos processados, 9,3% de alimentos processados e 2,9% de ingredientes culinários processados e 57,5% de calorias provenientes de produtos ultraprocessados.

Baraldi e colaboradores (2018) utilizaram dados da *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* 2007–2012, com o objetivo de comparar o consumo de alimentos ultraprocessados em grupos sociodemográficos e ao longo do tempo (2007–2008, 2009–2010, 2011–2012) nos EUA. Foram avaliados 23.847 indivíduos com idade ≥ 2 anos com pelo menos um recordatório alimentar de 24 horas. Após a classificação de todos os itens alimentares de acordo com a extensão e finalidade do processamento industrial de alimentos usando a classificação NOVA, os dados obtidos mostraram que a ingestão média diária de energia nos EUA em 2007-2012 foi 2042,5 kcal, e a maioria das calorias (58,5%) veio de alimentos ultraprocessados. Alimentos não processados ou minimamente processados contribuíram com 27,5% da energia total, ingredientes culinários processados 4,0% e alimentos processados 10,0%. O consumo desses alimentos diminuiu com a idade e o nível de renda, foi maior para negros não hispânicos (62,1% da ingestão total de energia) do que para outros grupos raciais/étnicos, e maior para pessoas com níveis mais baixos de educação. Além disso, os resultados

evidenciaram que o consumo de ultraprocessados nos Estados Unidos aumentou ao longo dos anos.

Parra e colaboradores (2019), analisaram dados alimentares de dois estudos da Colômbia, *National Nutrition Survey* e *Demographic and Health National Survey of Colombia*. Foi avaliado o consumo alimentar de 38.643 indivíduos com idade entre 2 e 64 anos, a partir de recordatório alimentar de 24h e os alimentos classificados de acordo com a NOVA classificação. A ingestão média diária de energia de todos os alimentos e bebidas foi de 1.835 kcal. Alimentos não processados ou minimamente processados representaram 63,3% da ingestão total de energia, ingredientes culinários processados contribuíram 15,8%, alimentos processados 4,9% e alimentos ultraprocessados representaram 15,9% da ingestão total de energia.

Marron-poncé e colaboradores (2017), analisaram os dados alimentares obtidos na *Mexican National Health and Nutrition Survey*, estudo representativo da população mexicana, realizado em 2012. O consumo alimentar dos 10.087 indivíduos com 1 ano ou mais de idade, foi avaliado a partir de recordatório alimentar de 24h e classificados segundo a NOVA classificação. Os resultados apontaram que a distribuição total de energia foi de 54,0% de alimentos não processados ou minimamente processados, 10,2% de ingredientes culinários processados, 6,0% de alimentos e 29,8% de alimentos ultraprocessados.

No Chile, Cediel e colaboradores (2017), avaliaram o consumo de alimentos ultraprocessados e a associação com o teor de açúcar encontrado na dieta da população. Os dados alimentares foram obtidos na *Encuesta Nacional de Consumo Alimentario*, pesquisa representativa de toda a população Chilena com 2 ou mais anos de idade, realizada em 2010. O consumo alimentar de 4.920 indivíduos foi avaliado a partir de recordatório de 24h e os alimentos foram classificados segundo a NOVA classificação. Os resultados encontrados apontaram que o consumo médio diário de energia nos indivíduos com 2 anos ou mais foi de 1819 kcal. 33,8% da ingestão total de energia veio de produtos não processados ou minimamente processados, 11,0% de ingredientes culinários processados, 26,6% de alimentos processados e 28,6% da energia total foi proveniente de alimentos ultraprocessados.

No Brasil, Louzada e colaboradores (2018) realizaram um estudo para estimar a parcela da dieta proveniente de alimentos ultraprocessados e

determinar sua associação com a qualidade nutricional geral das dietas no Brasil. Os dados alimentares foram obtidos de uma amostra representativa de 32 898 brasileiros com idade ≥ 10 anos, participantes da POF 2008-2009. Os dados de consumo alimentar foram estimados a partir de uma média de 2 recordatórios de 24h feitos no período de uma semana e classificados segundo a NOVA classificação. Os resultados apontaram que a ingestão média diária de energia da dieta per capita foi de 7933 kJ (1896 kcal), sendo destes, 58,1% de alimentos não processados ou minimamente processados, 10,9% de ingredientes culinários processados, 10,6% de alimentos processados e 20,4 % de alimentos ultraprocessados.

Na cidade de Pelotas/RS, Bielemann e colaboradores (2015), avaliaram o consumo de alimentos ultraprocessados e o seu impacto na dieta de jovens adultos com 24 anos de idade, utilizando dados da coorte de nascimentos de 1982. O consumo alimentar dos 4.202 indivíduos incluídos no estudo, foi avaliado por meio de questionário de frequência alimentar (QFA). Neste estudo, observou-se que a média de consumo calórico diário foi de 3.758 kcal e destas, cerca de metade era atribuída ao consumo de alimentos ultraprocessados (51,2%). Esse consumo se mostrou maior em indivíduos do sexo feminino, de maior escolaridade, que nunca foram pobres e eutróficos.

O estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2016), realizado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, avaliou a frequência de consumo de alimentos considerados marcadores de alimentação saudável e marcadores de alimentação não saudável de 53.210 indivíduos, maiores de 18 anos. Entre os alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável, encontram-se alimentos ultraprocessados como refrigerantes e doces. O consumo regular desses alimentos (5 ou mais dias na semana) foi avaliado a partir de questionário de frequência alimentar semanal. O consumo de alimentos doces foi estimado pelo VIGITEL a partir de questão que indagou sobre a frequência semanal do consumo de sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces. No conjunto das 27 cidades avaliadas, a frequência do consumo de alimentos doces em cinco ou mais dias da semana foi de 18,0%, sendo maior entre mulheres (19,7%) do que entre homens (16,0%). Esse comportamento foi mais frequente entre os mais jovens, tanto entre os homens (18 a 24 anos),

quanto entre as mulheres (18 a 34 anos) e tendeu a aumentar de acordo com o nível de escolaridade. No conjunto das 27 cidades avaliadas, a frequência do consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana foi de 16,5%, sendo mais alta entre homens (19,6%) do que entre mulheres (13,9%). Em ambos os sexos, o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana tendeu a diminuir com a idade, não sendo observado um padrão claro de relação com a escolaridade.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, investigou os hábitos de consumo alimentar através de indicadores marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis. Os alimentos ultraprocessados que foram classificados como marcadores de padrão não saudáveis: doces e refrigerantes. No Brasil, quase ¼ (23,4%) das pessoas de 18 anos ou mais de idade consumiam regularmente (5 dias na semana ou mais) refrigerantes, sendo o hábito mais frequente entre os homens (26,6%) do que entre as mulheres (20,5%). Outro hábito de alimentação considerado não saudável é o consumo regular de alimentos doces, como bolos, tortas, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doce sem cinco dias ou mais na semana. No Brasil, o percentual de pessoas que referiram esse hábito foi 21,7%, que diminuía com o avanço da idade e aumentava com o nível de escolaridade.

2.2. Conclusão

Dos estudos recuperados na revisão, seis foram realizados em países de alta renda como Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Chile e França (ADAMS and WHITE, 2015; BARALDI et al., 2017; CEDIEL et al., 2017; JULIA et al., 2017; MOUBARAC et al., 2017; STEELE et al., 2017) e quatro em países de renda média-alta, como Brasil, México e Colômbia (BIELEMANN et al., 2015; LOUZADA et al., 2018; MARRON-PONCE et al., 2017; PARRA et al., 2019). Todos avaliaram o consumo de ultraprocessados como porcentagem das calorias totais diárias, e a maioria estimou o percentual de carboidratos, proteínas, gorduras e açúcares provenientes dos alimentos ultraprocessados (ADAMS and WHITE, 2015; BIELEMANN et al., 2015; JULIA et al., 2017; LOUZADA et al., 2018; MOUBARAC et al., 2017; STEELE et al., 2017; PARRA et al., 2019).

Dos achados de nível populacional, a contribuição de calorias totais proveniente dos alimentos ultraprocessados foi de 57,9% nos Estados Unidos

(STEELE et al., 2017), 53% no Reino Unido (ADAMS and WHITE, 2015), 47,7% no Canadá (MOUBARAC et al., 2017), 39,7% na França (JULIA, et al., 2008) 29,8% no México (MARRON-PONCÉ et al., 2018), 28,6% no Chile (CEDIEL, et al., 2017), 20,4% no Brasil (LOUZADA et al., 2018) e 15,9% na Colômbia (PARRA et al., 2019).

Entre os alimentos ultraprocessados que mais contribuíram com o percentual de energia diária consumida destacaram-se: refrigerantes (BARALDI et al., 2018; CEDIEL et al., 2017; LOUZADA et al., 2018; MOUBARAC et al., 2017; MARRON-PONCE et al., 2017, PARRA et al., 2019), produtos de confeitaria, como bolos e biscoitos (BARALDI et al., 2018; CEDIEL et al., 2017; LOUZADA et al., 2018; MARRON-PONCE et al., 2017; MOUBARAC et al., 2017), doces (BARALDI et al., 2018; BIELEMANN et al., 2015; MARRON-PONCE et al., 2017; PARRA et al., 2019) e pães industriais (BARALDI et al., 2018; BIELEMANN et al., 2015; MARRON-PONCE et al., 2017; PARRA et al., 2019).

A grande maioria dos estudos utilizou o recordatório de 24h como instrumento para avaliação de consumo alimentar (BARALDI et al., 2017; CEDIEL et al., 2017; JULIA et al., 2017; LOUZADA et al., 2018; MARRON-PONCE et al., 2017; MOUBARAC et al., 2017; PARRA et al., 2019; STEELE et al., 2017). Um estudo utilizou um diário alimentar de 4 dias (ADAMS and WHITE, 2015), outro estudo utilizou o questionário de frequência alimentar (QFA) (BIELEMANN et al., 2015) e os dois inquéritos nacionais do Brasil, PNS (2013) e VIGITEL (2016), utilizaram um questionário de frequência semanal.

Quase todos os estudos recuperados utilizaram a NOVA classificação, proposta por Monteiro e colaboradores (2016) para classificar os alimentos em 4 grupos, de acordo com a extensão e o grau de processamento (BARALDI et al., 2017; CEDIEL et al., 2017; JULIA et al., 2017; LOUZADA et al., 2018; MARRON-PONCE et al., 2017; MOUBARAC et al., 2017; PARRA et al., 2019; STEELE et al., 2017).

Dentre os estudos que avaliaram o consumo de ultraprocessados e fatores associados, a maioria dos achados evidenciou que o consumo de alimentos ultraprocessados tende a diminuir conforme aumenta a idade, o nível de escolaridade e o nível socioeconômico/renda (ADAMS and WHITE, 2015; BARALDI et al., 2017; JULIA et al., 2017; MOUBARAC et al., 2017). Ainda, o consumo de alimentos ultraprocessados se mostrou maior em homens (ADAMS

and WHITE, 2015; JULIA et al., 2017; MOUBARAC et al., 2017), em indivíduos com excesso de peso e tabagistas (BARALDI et al., 2017).

O estudo realizado em Pelotas/RS (BIELEMANN et al., 2015), especificamente, encontrou associações inversas ao restante dos achados na revisão de literatura. Neste estudo, o maior consumo de alimentos ultraprocessados foi associado a mulheres, indivíduos de maior escolaridade e que nunca foram pobres.

Quanto à metodologia, todos os estudos recuperados apresentaram delineamento transversal. Dois estudos apresentaram uma análise transversal de dados coletados em estudo de coorte (BIELEMANN et al., 2015; JULIA et al., 2017). Quatro estudos foram realizados apenas com adultos, com idade ≥ 18 anos (ADAMS and WHITE, 2015; JULIA et al., 2017; PNS, 2013; VIGITEL, 2016); quatro estudos avaliaram indivíduos com idade ≥ 2 anos (BARALDI et al., 2018; CEDIEL et al., 2017; MOUBARAC et al., 2017; PARRA et al., 2019); dois estudos avaliaram indivíduos com idade ≥ 1 ano (MARRON-PONCE et al., 2017; STEELE et al., 2017). Finalmente, um estudo avaliou indivíduos com idade ≥ 10 anos (LOUZADA et al., 2018); e outro avaliou indivíduos com 23-24 anos (BIELEMANN et al., 2015).

3. Marco teórico

A alimentação humana é um fenômeno de grande complexidade que envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais, é uma atividade essencial para a manutenção da vida e sofre grandes influências culturais, bem como das transições sociais, econômicas e políticas (POULAIN and COSTA, 2003).

Mudanças que ocorreram nas últimas décadas também contribuíram para modificar ou determinar hábitos alimentares da população, entre estas, destacam-se a expansão do comércio, o aumento da publicidade e a inserção da mulher no mercado de trabalho (FONSECA et al., 2011). A mídia exerce uma grande influência sobre a escolha de alimentos e hábitos da população através do mercado publicitário que, por meio de propagandas, promoções, embalagens e rótulos, incentiva o consumo excessivo de produtos ultraprocessados (DIEZ GARCIA, 2003; PINHEIRO, 2005). Ainda, a atividade profissional fora do domicílio da mulher e o estilo de vida da população, que tem pouco tempo para

fazer suas refeições, podem estar relacionados com o aumento das refeições feitas fora de casa, que ocasionam o aumento do consumo de alimentos industrializados, bem como o aumento no tamanho das porções. (BARRETO et al., 2005; BRASIL, 2014).

Fatores demográficos e socioeconômicos como idade, sexo, renda e escolaridade, também atuam como determinantes do consumo alimentar. Indivíduos mais velhos tendem a seguir uma alimentação mais saudável, tornando-se mais conscientes sobre sua saúde e buscando uma melhora na sua dieta para prevenção ou controle de doenças crônicas (BEZERRA and SICHIERI, 2010). As mulheres, geralmente se preocupam mais com a saúde e com o seu bem-estar físico, buscando um maior consumo de alimentos saudáveis (SCHLINDWEIN and KASSOUF, 2007). A renda familiar e a escolaridade são fatores correlacionados, portanto, exercem efeitos semelhantes sobre o consumo alimentar. Indivíduos com maior escolaridade, em geral, possuem maior renda e por isso, podem ter maior acesso aos serviços de saúde, a alimentos saudáveis e a informações nutricionais (HIZA, 2013).

Por outro lado, o estado nutricional e de saúde, também condicionam o consumo alimentar. Alguns indivíduos tendem a adotar novos hábitos alimentares após o aparecimento de alguma doença crônica. Assim, procuram orientações e serviços com o objetivo de avaliar o estado nutricional e de saúde, e modificar fatores comportamentais como sedentarismo e alimentação inadequada (WESTENHOEFER, 2005; ZART, 2010).

3.1. Modelo Teórico Conceitual

Para melhor compreensão dos fatores relacionados ao consumo de alimentos ultraprocessados, foi elaborado um modelo teórico, apresentado na Figura 2, onde estão identificados desde os fatores mais distais até os mais proximais deste processo.

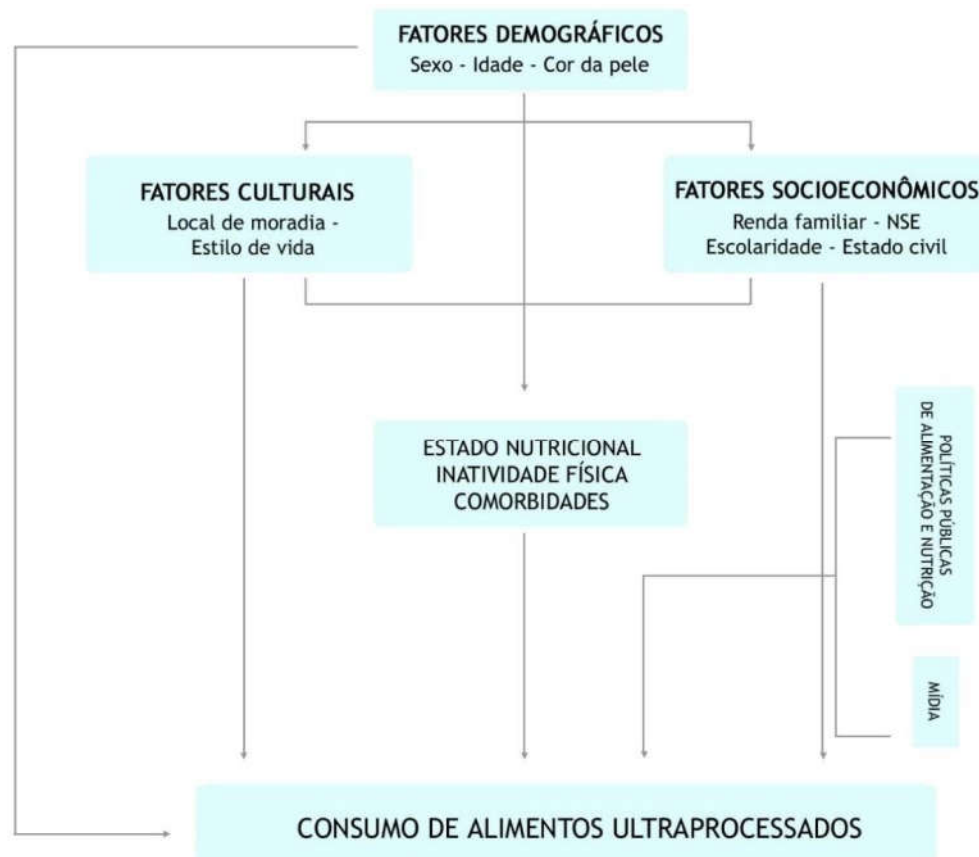


Figura 2: Modelo teórico conceitual

Segundo o modelo conceitual, o consumo de alimentos ultraprocessados pode ser influenciado por diversos fatores, relacionados direta e/ou indiretamente com este desfecho. Fatores do indivíduo como o estado nutricional, inatividade física e comorbidades são determinantes proximais e podem estar diretamente associados ao consumo de ultraprocessados. Estas características podem ser influenciadas por fatores socioeconômicos e fatores culturais, que atuam como determinantes intermediários e, ainda, por fatores demográficos. Os fatores demográficos, por sua vez, também podem influenciar diretamente o consumo de ultraprocessados. As políticas públicas de alimentação e nutrição e a mídia exercem grande influência direta sobre o consumo de alimentos ultraprocessados.

4. Justificativa

Considerando que, nos últimos anos ocorreram transformações no estilo

de vida e no comportamento alimentar da população brasileira, a alimentação inadequada é preocupante, devido à grande influência que exerce sobre a saúde das pessoas.

A literatura tem mostrado desvantagens relacionadas a uma alimentação baseada em alimentos com alto grau de processamento e ao consumo frequente destes. A maior frequência de consumo de refeições prontas é um dos fatores que leva ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, hipertensão, diabetes tipo 2 e demais doenças cardiovasculares (BOUTELLE et al., 2007; DUBUISSON et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011). Esse conjunto de doenças é responsável por 63% das mortes e incapacidade em todo o mundo. No Brasil, as DCNT correspondem atualmente a, pelo menos, dois terços de todas as causas de morte (GOULART, 2011).

O presente estudo justifica-se pela falta de estudos avaliando a prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados na população de Pelotas e pela importância já mencionada de conhecer a frequência do consumo desses alimentos, visto que há uma forte relação entre a qualidade de alimentação e as doenças crônicas não transmissíveis, principais causas de morbimortalidade na atualidade.

O conhecimento sobre o consumo de alimentos ultraprocessados pode contribuir para a definição de medidas preventivas, ações de educação nutricional mais efetivas, de forma a melhorar a qualidade de alimentação da população e diminuir as doenças crônicas.

5. Objetivos

5.1. Objetivo geral

Avaliar o consumo de alimentos ultraprocessados por adultos da zona urbana da cidade de Pelotas/RS

5.2. Objetivos específicos

- Descrever a frequência de consumo dos alimentos contidos em cada uma das questões (ver questionário do APÊNDICE A);

- Descrever a frequência de consumo de alimentos sem processamento/minimamente processados (grupo 1) e ultraprocessados (grupo 4), segundo a NOVA classificação;
- Avaliar o consumo regular de alimentos ultraprocessados (5 vezes na semana ou mais);
- Descrever o consumo de alimentos ultraprocessados segundo grupos etários: adultos jovens, meia idade e idosos;
- Descrever o consumo de alimentos ultraprocessados segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais.

6. Hipóteses

- A frequência de consumo será maior nos grupos que contém alimentos ultraprocessados;
- A prevalência do consumo regular (5 vezes na semana ou mais) de alimentos ultraprocessados será em torno de 40% entre a população adulta da zona urbana da cidade de Pelotas/RS;
- A prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados:
 - Será maior em indivíduos do sexo masculino;
 - Será maior em indivíduos com excesso de peso (sobrepeso/obesidade)
 - Será maior em adultos jovens
 - Diminuirá conforme aumenta o nível de escolaridade
 - Diminuirá conforme aumenta o nível socioeconômico

7. Metodologia

7.1. Delineamento

Será realizado um estudo transversal de base populacional, da população adulta da zona urbana do município de Pelotas-RS. As informações serão obtidas através de questionário padronizado.

7.2. Justificativa do delineamento

O estudo será do tipo transversal, de base populacional, realizado a partir de um consórcio de pesquisa, método utilizado nos estudos realizados no programa de pós-graduação em Epidemiologia da UFPel.

os estudos transversais, além de ser estudos rápidos, simples e de baixo custo, são adequados para estimar a prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados e sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais. Além disso, os estudos transversais de base populacional permitem que tenhamos uma amostra representativa da população.

Os resultados obtidos a partir deste estudo, podem contribuir para a definição de medidas preventivas, ações de educação nutricional mais efetivas, de forma a melhorar a qualidade de alimentação da população e diminuir as doenças crônicas, visto que o delineamento escolhido possui alto potencial descritivo e, portanto, é útil para o planejamento de futuras intervenções na população alvo.

7.3. Definição operacional do desfecho

O consumo de alimentos ultraprocessados será avaliado por meio de questionário de frequência alimentar dos últimos sete dias (APÊNDICE A). Para cada um dos grupos de alimentos contidos no questionário será perguntado: **“NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU “ALIMENTOS”?**

Será considerado como regular o consumo em cinco dias ou mais, dos sete dias anteriores à entrevista, de pelo menos um dos grupos de alimentos considerados do grupo 4, de acordo com a NOVA classificação, proposta por Monteiro e colaboradores (2016).

Ainda, serão coletadas informações sobre consumo de alimentos do grupo 1, considerados sem processamento ou minimamente processados, a fim de se fazer uma comparação entre o consumo de alimentos considerados saudáveis (sem processamento/minimamente processados) e o desfecho do estudo.

Os alimentos contidos no questionário e sua classificação, segundo Monteiro e colaboradores (2016) está apresentado no quadro 3.

Quadro 3: Classificação dos alimentos contidos no questionário, de acordo com a NOVA classificação.

ALIMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Legumes e verduras (cozidos ou crus); Arroz; Macarrão; Mandioca/Aipim; Batata (cozida ou assada); Frutas Frescas; Suco de frutas; Feijão, ervilha ou lentilha; Leite de vaca; Carne (boi, porco, ovelha ou frango)	Grupo 1: Alimentos sem processamento ou minimamente processados
Bolacha/biscoito salgado; Salgadinho de pacote; Bolacha/biscoito doce; Bolachinha recheada; Embutidos; Lasanha congelada; Hamburguer congelado; Pizza congelada; Nuggets; Fast food; Cachorro quente; Bauru; Salgados; Pizza; Chocolate; Bolo; Sorvete; Gelatina; Refrigerante (Normal ou light); Suco artificial (lata/caixa/pó); Bebidas achocolatadas	Grupo 4: Alimentos ultraprocessados

7.4. Definição operacional das exposições

As variáveis socioeconômicas (escolaridade, estado civil e nível socioeconômico), demográficas (sexo, idade e cor da pele) e comportamentais (estado nutricional, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e prática de atividade física) serão usadas como exposição para o desfecho do consumo de alimentos ultraprocessados.

O estado nutricional será avaliado a partir das medidas referidas de peso e altura, calculado através da equação $\text{peso(kg)}/\text{altura(m)}^2$, e classificado a partir dos pontos de corte da OMS (1995) para IMC de adultos e idosos.

O tabagismo será avaliado por meio de questionário utilizado em consórcios anteriores e categorizado para ex-fumante (parou de fumar há pelo menos 30 dias, fumante (a partir de 1 cigarro por dia), e nunca fumou. O consumo de bebidas alcoólicas será medido por meio do questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Serão considerados usuários com algum transtorno relacionado ao uso de álcool aqueles indivíduos que tiverem uma pontuação maior que 7, sendo considerado uso de risco o score de 8 a 15 pontos; usuários nocivos de álcool, de 16 a 19 pontos; e possíveis dependentes, aqueles com 20 ou mais pontos.

A operacionalização das demais variáveis de exposição está na tabela 1.

Tabela 1: Apresentação das variáveis de exposição

Variável	Tipo de variável	Operacionalização
Variáveis demográficas		
Sexo	Categórica Dicotômica	Masculino Feminino
Idade	Numérica Discreta	Anos completos
Cor da pele (autorreferida)	Categórica Nominal	Amarela Branca Indígena Parda Preta
Variáveis Socioeconômicas		
Escolaridade	Numérica Discreta	Anos completos de estudo
Estado civil	Categórica Nominal	Casado(a) ou em união estável Solteiro(a) Separado(a) ou divorciado(a) Vive junto Viúvo(a)
Nível socioeconômico (ABEP)	Categórica Ordinal	A1 B1 B2 C1 C2 D-E
Variáveis comportamentais		
Estado nutricional	Categórica Ordinal	Baixo peso Eutrófico Sobrepeso Obesidade
Atividade física	Categórica Dicotômica	min-150min/150min-max
Tabagismo	Categórica Nominal	Ex-Fumante Fumante Nunca fumou
Consumo de bebidas alcoólicas	Categórica Ordinal	Consumo de Bebidas Alcoólicas medido pelo questionário AUDIT Escore > 7 = Transtorno Relacionado ao Uso de Álcool Escore 8 a 15 = Uso de Risco Escore de 16 a 19 = Uso Nocivo Escore de 20 ou mais = Provável Dependência

7.5. População alvo:

A população alvo do estudo será constituída por indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, residentes da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

7.6. Critérios de elegibilidade:

Serão incluídos no estudo, os indivíduos residentes da zona urbana da cidade de Pelotas/RS, de 18 anos ou mais, de ambos os sexos, que tiverem lido, concordado e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e que compreendem a língua portuguesa.

Serão excluídos do estudo indivíduos institucionalizados, residentes em asilos, internados em hospitais e em regime de cárcere em presídios.

7.7. Perdas e recusas:

Serão considerados como perdas os indivíduos que, após 3 tentativas de entrevista, não forem encontrados, e recusas, aqueles que se recusarem a participar da entrevista ou desistir de participar antes da finalização do questionário.

7.8. Cálculo de tamanho amostral:

Para o cálculo do tamanho de amostra necessária para descrever o consumo regular dos alimentos ultraprocessados e as associações com as variáveis de exposição, foram utilizados como referência os resultados obtidos no estudo de Costa e colaboradores (2018). O estudo foi realizado com adolescentes estudantes de escolas municipais dos 26 estados e Distrito Federal, utilizando dados da PeNSE 2015.

Para o cálculo, foram utilizadas prevalências de consumo gerais, e prevalências segundo cor da pele (branca/preta), quintil de bens (quintil de bens mais alto/quintil de bens mais baixo) e sexo (feminino/masculino). A partir dos dados encontrados, calculou-se o tamanho da amostra que seria necessário para estimar a prevalência de consumo regular de cada alimento, utilizando-se como parâmetros: nível de confiança de 95% e 2,0 de efeito de delineamento. Além disso, a amostra foi aumentada em 25% para compensar perdas e recusas e controlar para possíveis fatores de confusão. Os cálculos foram feitos no software livre OpenEpi versão 3.03. Nos quadros 4 e 5 são apresentadas simulações de cálculos de tamanho de amostra de acordo com diferentes margens de erro.

Quadro 4. Cálculo do tamanho da amostra para estudo de prevalência de consumo diário de pelo menos um grupo de alimentos ultraprocessados.

PREVALÊNCIA	SIGNIFICÂNCIA	ERRO (pp)	DEFF	TOTAL	TOTAL + 10%
30%	5%	2	2	4.026	4.429
30%	5%	3	2	1.792	1.971
30%	5%	4	2	1.008	1.109
40%	5%	2	2	4.600	5.060
40%	5%	3	2	2.047	2.252
40%	5%	4	2	1.152	1.267
50%	5%	2	2	4.791	5.270
50%	5%	3	2	2.132	2.345
50%	5%	4	2	1.200	1.320

Quadro 5. Cálculo para tamanho de amostra para associações.

Exposições	Prevalência da exposição	Razão não expostos / expostos	Não expostos com desfecho	Expostos com desfecho	Razão de Prevalência	N bruto	N + 10% perdas + 15% fatores de confusão
Sexo (feminino)	51,3%	1,05	36,0%	43,0%	1,2	1530	1912
Cor da pele (preta)	13,4%	2,7	39,7%	41,2%	1,03	36.344	45.430
Quintil de bens (quintil mais alto)	16,4%	1,14	32,7%	43,2%	1,31	700	875

7.9. Seleção da amostra

Este estudo faz parte de um consórcio de pesquisa sobre a saúde da população adulta residente na zona urbana de Pelotas. Por isso, para definição do tamanho da amostra, cada pesquisador realizou cálculos que atendessem aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para medidas de prevalência e associações. A partir desses resultados, verificou-se que o número

de domicílios que atenderia aos objetivos de todos os mestrandos seria de 1700, considerando uma média de dois adultos por domicílio, totalizando 3400 indivíduos. Com a finalidade de minimizar o efeito de delineamento amostral, definiu-se que seriam sorteados 100 setores censitários e visitados cerca de 17 domicílios, em média, por setor.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram listados todos os 489 setores censitários do município de Pelotas, ordenados pela informação de renda média do domicílio. O número total de domicílios da zona urbana de Pelotas (107.152) foi dividido por 100 (número de setores a serem visitados), para obter-se o pulo sistemático (1072), respeitando-se a probabilidade proporcional ao tamanho. Em seguida sorteou-se de modo aleatório o número 955 (entre 1 e 1072) através do programa Excel, sendo este o primeiro setor definido. A seleção dos demais setores ocorreu através da soma do pulo sistemático ao número do setor inicial (955) e assim sucessivamente até o término da listagem (Tabela 2).

Tabela 2 – Setores censitários selecionados por bairro do município de Pelotas/RS

Bairro	Setores censitários selecionados	Total de setores censitários
Areal	22	79
Barragem	2	10
Centro	22	119
Fragata	14	110
Laranjal/Z3	8	25
São Gonçalo	7	44
Três Vendas	25	101
Total Geral	100	488

7.10. Instrumento para coleta de dados

O instrumento para coleta de dados do consórcio é composto por um bloco geral, com questões relacionadas à identificação e características individuais de saúde, demográficas, socioeconômicas e comportamentais, e por demais blocos contendo perguntas pertinentes aos temas de pesquisa de cada mestrando.

Para a avaliação do desfecho do presente estudo, foi elaborado um questionário (APÊNDICE A) contendo como base questões similares às

utilizadas em pesquisas nacionais como PNS (2013) e VIGITEL (2016) e em consórcios anteriores. O instrumento será composto por 14 questões, e tem o objetivo de identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos sete dias. Os conjuntos de alimentos avaliados estarão ligados à alimentos do grupo 1, sem processamento ou minimamente processados (exemplo: legumes, vegetais, leite, carnes, etc) e alimentos do grupo 4, ultraprocessados (exemplo: biscoitos, alimentos prontos, refrigerantes ou bebidas açucaradas, etc).

7.11. Estudo piloto

O estudo piloto será conduzido após seleção dos entrevistadores e completa elaboração do questionário geral e dos específicos de cada mestrando e será realizado em um setor censitário não incluído na amostra final do estudo. As entrevistadoras participarão do estudo piloto, a fim de vivenciarem a logística do trabalho de campo, exercitando a abordagem aos domicílios e aplicação dos questionários. O estudo será útil para a sistematização a ser adotada no trabalho de campo e permitirá testar a clareza e consistência das questões do questionário, bem como estimar o tempo médio da entrevista.

7.12. Seleção e treinamento dos entrevistadores

A divulgação da seleção será feita em diversos meios de comunicação: web site da Universidade Federal de Pelotas e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, jornal Diário Popular e via Facebook do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) e dos mestrandos do curso. Serão selecionadas entrevistadoras do sexo feminino, com 18 anos ou mais, com ensino médio completo e disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho.

O processo de seleção transcorrerá através da avaliação desempenho no treinamento, avaliação curricular, experiência prévia em pesquisa, entrevistas e prova teórica. As entrevistadoras serão familiarizadas com o questionário, com o manual de instruções e com o instrumento de notação dos dados (o software Redcap®, disponível através de tablets). No processo de seleção também

ocorrerá a realização do estudo piloto, que fará parte da avaliação prática das entrevistadoras. Com base nesses critérios, as melhores entrevistadoras serão selecionadas, e, sendo possível, será concomitantemente realizado um cadastro de entrevistadoras suplentes, para eventual necessidade subsequente de preenchimento de vagas.

7.13. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo será realizado com o fim de atingir os objetivos propostos nos projetos do consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2019/2020 do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Os mestrandos serão responsáveis pela supervisão do trabalho de campo e dos entrevistadores. O trabalho de campo constituirá na coleta de dados os domicílios selecionados conforme o processo de amostragem. O prédio do Centro de Pesquisas em Saúde Dr. Amílcar Gigante, da UFPel, servirá como núcleo do trabalho de campo, onde haverá um determinado número de supervisores diariamente, com as responsabilidades referentes a esta etapa de coleta de dados e que serão definidas posteriormente.

Para a coleta de dados, a utilização do software Redcap® possibilitará a entrada das informações de modo direto no banco de dados, através de codificação automática das respostas, com a facilidade de limitar a necessidade do processo de dupla digitação. O software descarregará as informações para um computador localizado no núcleo de trabalho, disponibilizado a todos os mestrandos para posterior verificação das informações disponíveis. Todos os mestrandos receberão treinamento para uso do software antes dos entrevistadores e da coleta dos dados. Cada entrevistador usará um tablet com o software instalado, disponibilizado pelo PPGE. As entrevistas se darão nos domicílios que compõem a amostra. Após as entrevistas, os entrevistadores revisarão e codificarão apenas as perguntas em aberto, com o auxílio de seu supervisor de campo, já que os demais dados serão diretamente inseridos pelo software.

Serão consideradas perdas as entrevistas que não puderem ser realizadas após, no mínimo, três novas tentativas de entrevista em dias e horários diferentes. Pelo menos uma das tentativas será realizada pelo supervisor do trabalho de campo.

7.14. Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pelos supervisores do trabalho de campo. Em 10% dos domicílios, a entrevista será refeita por via telefônica, com a aplicação de um questionário reduzido, de forma que possibilite a comparação dos dados coletados pelas entrevistadoras e assim comprovar a veracidade da entrevista.

A checagem da consistência das informações será feita através de análise de concordância com o índice Kappa. Além disso, a constante supervisão dos mestrandos e a verificação semanal de inconsistências no banco de dados também visam garantir a qualidade do estudo.

7.15. Processamento e análise dos dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico STATA versão 15.0. Será realizada uma análise descritiva das variáveis independentes para a caracterização da amostra, e da frequência de consumo de cada grupo alimentar. Para as variáveis categóricas serão apresentados os cálculos de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para as variáveis numéricas será realizado o cálculo da média, da mediana e do desvio padrão.

Serão realizadas análises bivariadas e multivariadas para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o consumo de alimentos ultraprocessados. Para todas as análises será adotado um nível de significância de 5%. O efeito de delineamento será considerado em todas as análises.

7.16. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa será encaminhado e submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Todos os participantes serão esclarecidos previamente sobre o estudo e apenas responderão ao questionário após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será garantido aos participantes o sigilo das informações prestadas.

7.17. Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, exigida à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, bem como da publicação total ou parcial dos resultados em formato de artigo em periódicos científicos, e de nota à imprensa local com os principais resultados.

Ainda, será possível a elaboração de material informativo sobre as condições de vida e saúde da população de adultos da zona urbana de Pelotas, a ser entregue à população-alvo deste estudo.

7.18. Orçamento e financiamento

O consórcio de pesquisa será financiado pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGEPI), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelos alunos da turma de mestrado. Os gastos dizem respeito a pagamento de pessoal, transporte e materiais de consumo.

7.19. Cronograma

O cronograma de atividades poderá sofrer alterações, principalmente no que diz respeito a coleta de dados.

Quadro 6: Cronograma de atividades

Atividades	2019										2020											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de Literatura																						
Elaboração do Projeto																						
Defesa do Projeto																						
Planejamento Logístico																						
Estudo-Piloto																						
Coleta de Dados																						
Controle de Qualidade																						
Análise dos Dados																						
Redação do Artigo																						
Defesa da Dissertação																						

8. Referências bibliográficas

ADAMS, Jean; WHITE, Martin. Characterisation of UK diets according to degree of food processing and associations with socio-demographics and obesity: cross-sectional analysis of UK National Diet and Nutrition Survey (2008–12). **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 12, n. 1, p. 160, 2015.

AZEVEDO, Edynara Cristiane de Castro et al. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal-uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 1447-1458, 2014.

BARALDI, Larissa Galastri et al. Consumption of ultra-processed foods and associated sociodemographic factors in the USA between 2007 and 2012: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **BMJ open**, v. 8, n. 3, p. e020574, 2018.

BARRETO, Sandhi Maria et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BERMUDEZ, Odilia I.; TUCKER, Katherine L. Trends in dietary patterns of Latin American populations. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. S87-S99, 2003.

BEZERRA, Ilana Nogueira; SICHIERI, Rosely. Characteristics and spending on out-of-home eating in Brazil. **Revista de saúde pública**, v. 44, n. 2, p. 221-229, 2010.

BIELEMANN, Renata M. et al. Consumption of ultra-processed foods and their impact on the diet of young adults. **Revista de saúde pública**, v. 49, p. 28, 2015.

BOUTELLE, Kerri N. et al. Fast food for family meals: relationships with parent and adolescent food intake, home food availability and weight status. **Public health nutrition**, v. 10, n. 1, p. 16-23, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiologia e serviços de saúde: **revista do Sistema Único de Saúde do Brasil** 15(1) : 47 – 65, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Brasília : Ministério da Saúde**, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. **Brasília : Ministério da Saúde**, 2. ed., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Brasília : Ministério da Saúde**, 2017.

CASADO, Letícia; VIANNA, Lucia Marques; THULER, Luiz Claudio Santos. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. bras. cancerol**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CAVALINI, Luciana Tricai; DE LEON, Antonio Carlos Monteiro Ponce. Morbidity and mortality in Brazilian municipalities: a multilevel study of the association between socioeconomic and healthcare indicators. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 4, p. 775-783, 2008.

CEDIEL, Gustavo et al. Ultra-processed foods and added sugars in the Chilean diet (2010). **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 125-133, 2018.

CLARO, Rafael Moreira et al. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00104715, 2016.

COSTA, Caroline *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados aos 11, 22 e 30 anos nas Coortes de Nascimentos de Pelotas de 2004, 1993 e 1982. In: COSTA, Caroline *et al.* **Consumo de alimentos ultraprocessados e gordura corporal da infância ao início da adolescência: Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004**: Orientador: Iná Silva Santos. 2019. 194 p. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019. Disponível em: http://www.epidemioufpel.org.br/site/content/teses_e_dissertacoes/index.php. Acesso em: 9 out. 2019.

CROVETTO, M. M. et al. Household availability of ready-to-consume food and drink products in Chile: impact on nutritional quality of the diet. **Revista medica de Chile**, v. 142, n. 7, p. 850-858, 2014.

D'AVILA, Helen Freitas; KIRSTEN, Vanessa Ramos. Energy intake from ultra-processed foods among adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p. 54-60, 2017.

DIEZ GARCIA, Rosa Wanda. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, 2003.

DUBUISSON, Carine et al. Trends in food and nutritional intakes of French adults from 1999 to 2007: results from the INCA surveys. **British journal of nutrition**, v. 103, n. 7, p. 1035-1048, 2010.

FONSECA, Alexandre Brasil et al. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3853-3862, 2011.

FONSECA, Diego de Lima. Morbidity and mortality in Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 01-01, 2015.

GOULART, F. A. A. Organização Pan-americana de saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília, 2011.

HIZA, Hazel AB et al. Diet quality of Americans differs by age, sex, race/ethnicity, income, and education level. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 113, n. 2, p. 297-306, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro**, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro**, 2014.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

JULIA, Chantal et al. Contribution of ultra-processed foods in the diet of adults from the French NutriNet-Santé study. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 27-37, 2018.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 38, 2015.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 94-102, 2018.

MARTINS, Carolina de Castro et al. Alimentação: escolha individual ou determinação do mercado publicitário?. **Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais**, v. 39, n. 1, p. 53-63, 2003.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 656-665, 2013.

MARRÓN-PONCE, Joaquín A. et al. Energy contribution of NOVA food groups and sociodemographic determinants of ultra-processed food consumption in the Mexican population. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 87-93, 2018.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de saúde publica**, v. 26, p. 2039-2049, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public health nutrition**, v. 14, n. 1, p. 5-13, 2010.

MONTEIRO, Carlos. Ultra-processing. There is no such thing as a healthy ultra-processed product. **World Nutrition**, v. 2, n. 7, 2011.

MONTEIRO, Carlos A. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity reviews**, v. 14, p. 21-28, 2013.

MONTEIRO, C. A. et al. NOVA. A estrela brilha. **World Nutrition**, v. 7, n. 1-3, p. 28-40, 2016.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. 2019.

MOUBARAC, Jean-Claude et al. Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. **Public Health Nutrition**, v. 16, n. 12, p. 2240-2248, 2013.

MOUBARAC, Jean-Claude et al. Consumption of ultra-processed foods predicts diet quality in Canada. **Appetite**, v. 108, p. 512-520, 2017.

PARRA, Diana C. et al. Association between ultra-processed food consumption and the nutrient profile of the Colombian diet in 2005. **salud pública de méxico**, v. 61, n. 2, Mar-Abr, p. 147-154, 2019.

PINHEIRO, Karina Aragão de Paula Nobre. História dos hábitos alimentares ocidentais. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 173-190, 2008.

POULAIN, Jean-Pierre; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, 2003.

STEELE, Euridice Martínez et al. The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **Population health metrics**, v. 15, n. 1, p. 6, 2017.

SCHLINDWEIN, Madalena Maria; KASSOUF, Ana Lúcia. Mudanças no padrão de consumo de alimentos tempo-intensivos e de alimentos poupadores de tempo, por região do Brasil. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: IPEA**, p. 423-62, 2007.

WESTENHOEFER, Joachim. Age and gender dependent profile of food choice. In: **Diet diversification and health promotion**. Karger Publishers, 2005. p. 44-51.

World Health Organization (WHO). **Physical status: The use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO; 1995. Report of a WHO expert committee. WHO technical report series. 854.

ZART, Vera Beatriz et al. Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 143- 154, 2010.

9. APÊNDICE A: Instrumento para coleta de dados

Para responder as próximas perguntas. Pense na sua alimentação nos últimos sete dias, ou seja, desde <dia da semana passada>, até hoje.	
A31) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu legumes ou verduras cozidos ou crus? Batata e mandioca/aipim não devem ser considerados ____ dias (0) Não comeu (9) IGN	AMLEGVER_ _____
A32) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu arroz, macarrão, mandioca/aipim ou batata (cozida ou assada)? ____ dias (0) Não comeu (9) IGN	AMCARBO_ _____
A33) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu frutas frescas? ____ dias (0) Não comeu (9) IGN	AMFRUTAS_ _____
A34) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) tomou suco natural de frutas? (preparado com a fruta fresca) ____ dias (0) Não comeu (9) IGN	AMSUCO_ _____
A35) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu feijão, ervilha ou lentilha? ____ dias (0) Não comeu (9) IGN	AMLEGUMI_ _____
A36) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) tomou leite de vaca? ____ dias (0) Não comeu (9) IGN	AMLEITE_ _____
A37) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu carne (boi, porco, ovelha, frango/galinha)	AMCARNE_ _____

____dias (0) Não comeu (9) IGN A38) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu bolacha/biscoito salgado ou salgadinho de pacote?	AMBISSAL____
____dias (0) Não comeu (9) IGN A39) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu bolacha/biscoito doce ou bolacha recheada?	AMBISDO____
____dias (0) Não comeu (9) IGN A40) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu alimentos embutidos, tais como salsicha, presunto, mortadela, salame ou linguiça?	AMEMBUT____
____dias (0) Não comeu (9) IGN A41) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu produtos industrializados congelados e prontos para consumo, tais como lasanha, pizza, hambúrguer ou nuggets?	AMCONGEL_ _____
____dias (0) Não comeu (9) IGN A42) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu lanches, cachorros quente, baurus, fast foods, salgados ou pizzas?	AMFFOOD____
____dias (0) Não comeu (9) IGN A43) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) comeu alimentos doces, tais como chocolates, balas, sorvetes, gelatinas?	AMDOCES____
____dias (0) Não comeu (9) IGN	

A44) Nos últimos sete dias, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr.(a) tomou refrigerante normal ou light/diet, sucos artificiais (lata, caixa ou em pó) ou bebidas achocolatadas? ____ dias (0) Não comeu (9) IGN A45) O sr.(a) costuma adicionar açúcar nas bebidas (suco natural de frutas, café, chá)? (1) Sim (0) Não (9) IGN [Se resposta for NÃO – IGNORAR PERGUNTA A46] A46) Quantas colheres (chá) de açúcar o(a) sr.(a) costuma adicionar? ____ colheres de chá (0) Nenhuma (8) NSA (9) IGN	AMREFRI ____ AMACUAD ____ AMQACUAD_
---	--

ALTERAÇÕES DO PROJETO ORIGINAL

Após passar pela avaliação da banca examinadora, algumas mudanças no projeto original se mostraram necessárias e pertinentes. São listadas a seguir:

3. Marco Teórico:

(Acrescentados os seguintes parágrafos)

A partir da revisão de literatura, observamos que a maioria dos estudos sobre consumo de alimentos ultraprocessados, utiliza como instrumento de coleta de dados alimentares um recordatório alimentar de 24h (BARALDI et al., 2018; CEDIEL et al., 2017; MARRON-PONCÉ et al., 2017; PARRA et al., 2019; STELLE et al., 2017). O presente estudo, por se tratar de um estudo de consórcio de base populacional em que os instrumentos de coleta de dados precisam ser breves, impede que o consumo alimentar seja avaliado utilizando um instrumento que calcule a estimativa de contribuição calórica.

Dessa forma, o instrumento utilizado para coleta de dados alimentares da população adulta da zona urbana da cidade de Pelotas, neste estudo, foi um questionário de marcadores de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis retrospectivo de 7 dias, construído com base no instrumento utilizado em inquéritos nacionais como VIGITEL e PNS, e em questionários de consórcios anteriores, onde é avaliada a frequência semanal de consumo.

7. Metodologia:

7.3. Definição operacional do desfecho:

(Alterado o nome do instrumento utilizado para coleta de dados)

O consumo de alimentos ultraprocessados será avaliado por meio de um **questionário de marcadores de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis retrospectivo de 7 dias** (APÊNDICE A). Para cada um dos grupos de alimentos contidos no questionário será perguntado: “NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU “ALIMENTOS”?

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGEpi) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado no ano de 1991, a partir de um trabalho em conjunto de docentes do Departamento de Medicina Social (DMS). Desde 1999, o PPGEpi (Programa de Pós-graduação em Epidemiologia) realiza, bianualmente, uma estratégia pioneira chamada de “Consórcio de Pesquisa”, no qual um estudo transversal de base populacional é realizado na zona urbana de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul (BARROS *et al.*, 2008).

A utilização da metodologia de consórcio de pesquisa apresenta vantagens. Entre elas, possibilitar que projetos sobre distintas temáticas possam estar interligados, ampliar o tamanho amostral – dando origem a estudo de base populacional; menor tempo e gasto financeiro individual na execução do trabalho de campo; oportunizar desenvolvimento de um ambiente de criação e reflexão coletiva entre os mestrandos, com trocas de experiências e conhecimentos, dado que os mestrandos, geralmente, provêm de áreas diferentes de conhecimento.

As turmas de mestrado que passaram a pesquisar no formato de consórcio de pesquisa estudaram diversos temas em diferentes faixas etárias. A população-alvo dos consórcios de pesquisa realizados em sua gênese era composta por residentes na zona urbana do município de Pelotas, mas desde 2013, as turmas de mestrado vêm diferindo em relação a este padrão e estudando outras populações, como moradores da zona rural, idosos e estudantes universitários.

A turma de mestrandos, que ingressou em março de 2019, retornou a realizar o inquérito na zona urbana do município, visando possibilitar comparações com os achados de estudos anteriores com essa população e, também, a realização de novas avaliações de temáticas na área da saúde.

A edição 2019-2020 do consórcio na zona urbana do município de Pelotas, RS, realizado por dez mestrandos da referida turma do PPGEpi, com participação e orientação do corpo docente do programa, teve como população-alvo os indivíduos residentes na zona urbana deste município, com 18 anos ou mais de idade.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento de todo o trabalho de campo do estudo populacional pelos mestrandos e docentes, desde a escolha dos temas até o planejamento logístico da coleta de dados. Foram investigados temas específicos de cada mestrando, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Mestrandos, orientadores e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGEpi, Pelotas 2019/2020.

Mestrando (a)	Orientador (a)	Tema
Anna Muller Pereira	Mariângela Freitas da Silveira	Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados na população adulta da zona urbana da cidade de Pelotas/RS
Barbara Berrutti	Luciana Tovo Rodrigues	Prevalência de insônia e fatores associados em adultos da zona urbana da cidade de Pelotas, RS
Bruna Venturin	Luiz Augusto Facchini	Percepção de apoio social em adultos residentes na zona urbana de Pelotas, RS
Eloisa Porciúncula da Silva	Denise Petrucci Gigante	Reavaliação da insegurança alimentar nos domicílios de Pelotas-RS em intervalo de 13 anos

Eveline Bordignon	Joseph Murray	Vitimização por violência urbana entre adultos: tendências temporais e fatores associados
Gabriela Ávila Marques	Fernando César Wehrmeister	Uso de inaladores dosimetrados e em adultos com doença respiratória crônica: evolução temporal em residentes da zona urbana de Pelotas 2012 a 2020
Lucas Gonçalves de Oliveira	Helen Gonçalves	Crença em um mundo justo e fatores associados em adultos de uma cidade de médio porte ao sul do Brasil
Marina de Borba Oliveira	Ana Maria Baptista Menezes	Prevalência e utilização de benzodiazepínicos em adultos da zona urbana de Pelotas, RS
Paulo Victor Cesar de Albuquerque	Elaine Tomasi	Autopercepção e discriminação e em serviços de saúde entre adultos da zona urbana de Pelotas, RS

Rafaela do Carmo Borges	Flávio Fernando Demarco	Utilização de serviços odontológicos no último ano na área urbana de Pelotas
-------------------------	-------------------------	--

Após a redação e aprovação dos projetos individuais de cada mestrando foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de adultos residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS”. Esse projeto mais amplo contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características de sua execução e foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Medicina (FAMED), da UFPel. Em novembro de 2019, recebeu a aprovação com o número de protocolo 3.676.549. O parecer do CEP, contendo a aprovação para o estudo, encontra-se no Anexo I.

O presente relatório descreve o processo de execução desse estudo, iniciado em quatro de novembro de 2019 e finalizado, devido à pandemia de Covid-19, em 18 de março de 2020. Todos os mestrandos participaram do processo de pesquisa dividindo-se, para assumirem responsabilidades por tarefas específicas, em comissões importantes para a condução qualificada da logística do trabalho de campo.

2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

Um dos objetivos do Consórcio de Pesquisa é capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível, foram estabelecidas comissões a fim de garantir agilidade, melhor distribuição de tarefas e bom andamento do trabalho de campo.

Todos os mestrandos participaram de comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma comissão. Ainda, este consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Daniel Leventhal e Thiago Melo), cujos projetos de dissertação não utilizavam dados coletados pelo consórcio. No entanto, para que pudessem adquirir maior conhecimento da prática de trabalho de campo, ambos participaram das comissões e do planejamento e coleta de dados durante os quatro primeiros meses.

As atividades relacionadas a cada comissão e seus responsáveis estão descritas a seguir.

2.1 Elaboração do projeto de pesquisa

Os responsáveis pela elaboração do projeto geral foram as mestrandas Bruna Venturin, Eloisa Porciúncula e Marina de Borba Oliveira. A equipe trabalhou na elaboração do documento único sobre o estudo, denominado de "projeto".

O "projeto", além das justificativas, hipóteses, objetivos e referências individuais dos mestrandos, também contemplou aspectos comuns a todos os mestrandos, como: descrição do PPGEpi e da forma de pesquisa adotada pelo programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem, instrumentos utilizados, logística, estudo pré-piloto e piloto, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

2.2 Elaboração do questionário e manual de instruções

Os responsáveis por esta comissão foram os mestrandos Gabriela Marques, Lucas Oliveira e Thiago Melo. A equipe elaborou um instrumento único contendo as perguntas de cada mestrando de maneira padronizada e um manual de instruções com todas as informações sobre o instrumento geral, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta.

2.3 Gestão do banco de dados

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Thiago Melo e Lucas Oliveira. A comissão foi responsável pelo desenvolvimento da versão eletrônica do questionário, pela sua inserção na plataforma *RedCap*, pela instalação do aplicativo em todos os equipamentos e pela atualização de todos os *tablets*.

Essa comissão ficou encarregada ainda de todos os processos da gestão do banco de dados, incluindo a transferência semanal dos questionários já preenchidos, o reparo de possíveis erros técnicos ao longo do trabalho de campo, a limpeza do banco e correções que, porventura, fossem necessárias após a realização de checagem de inconsistências, além de envio periódico a todos os demais mestrandos do banco de dados atualizado.

2.3.1 Checagem das Inconsistências e Controle de Qualidade

Essa subcomissão foi criada após as demais comissões devido à necessidade observada com o início do trabalho de campo. Teve como responsáveis os mestrandos Marina de Borba Oliveira e Lucas Oliveira. A comissão ficou encarregada da realização da checagem semanal das inconsistências do bloco geral, assim como de reunir as modificações necessárias nos blocos individuais dos mestrandos e professores, repassando as alterações a serem realizadas para a comissão do banco de dados através de planilha compartilhada do *Google Sheets* (folha de cálculo compartilhada do Google).

Para isso a comissão contou com o apoio do mestrando Thiago Melo, que criou um aplicativo na plataforma *shinyapps* – ferramenta utilizada para desenvolvimento de aplicativos interativos – por meio da linguagem de programação R versão 3.6.2.

A comissão ficou ainda responsável pelo sorteio aleatório de 10% da amostra em que o questionário de controle de qualidade era aplicado, realizado através do mesmo aplicativo na plataforma *shinyapps*, e posterior contato telefônico para aplicação de questionário reduzido para os indivíduos sorteados. O processo do controle de qualidade será discutido em maiores detalhes no item oito do presente relatório.

2.4 Comunicação e divulgação

Os responsáveis por essa comissão foram os mestrandos Rafaela Borges e Lucas Oliveira. A comissão ficou a cargo da divulgação do estudo antes, durante e depois do trabalho de campo. Ferramentas como o *síte* do programa, rádios, jornais, *facebook* e *instagram* foram utilizadas para divulgação da pesquisa. Auxiliaram essa comissão os mestrandos Daniel Leventhal e Eveline Bordignon.

Antes e durante o trabalho de campo a equipe também ficou responsável por ligações telefônicas e envio de *e-mails* aos meios de comunicação para ampliar a divulgação entre os residentes da cidade.

2.5 Seleção e treinamento de pessoal

Esta comissão esteve sob responsabilidade dos mestrandos Daniel Leventhal, Gabriela Marques e Rafaela Borges, os quais foram encarregados da realização de entrevistas com as auxiliares de pesquisa inscritas para seleção, planejamento da logística do seu treinamento, envolvendo a elaboração dos cronogramas e materiais utilizados no decorrer da semana de treinamentos e execução e correção da prova teórica – essa última como parte da nota da seleção das auxiliares de pesquisa. A nota final foi composta pela média da prova teórica com uma atividade prática – realizada durante o estudo piloto, a qual foi acompanhada pelos mestrandos.

Os pré-requisitos para a inscrição eram: ser mulher, com no mínimo 18 anos de idade, ter ensino médio completo, e disponibilidade de, no mínimo, quatro turnos semanais para o trabalho, incluindo um turno aos sábados ou domingos. Houve mais de 100 (cem) inscritas e 34 (trinta e quatro) foram pré-selecionadas para participar do treinamento, baseado no currículo e entrevista presencial. Dessas, 16 participaram do treinamento e 13 foram a trabalho de campo. A cada entrevista completa a auxiliar recebia R\$ 20,00 (vinte reais).

2.6 Logística

As responsáveis por essa comissão foram as mestrandas Eloisa Porciúncula e Gabriela Marques. A equipe respondeu pela gestão do trabalho de campo propriamente dito. A comissão organizou os setores censitários sorteados para participar do estudo, os distribuiu entre todos os mestrandos, de modo que fosse de responsabilidade de cada mestrando o processo de reversão de recusas, bem como o contato com os domicílios nos quais as auxiliares de pesquisa não obtiveram êxito em suas tentativas de entrevistas. Além disso, a comissão foi responsável por elaborar escalas, de modo que os alunos envolvidos cooperassem de maneira semelhante em todas as funções: listagem e reconhecimento de domicílios e supervisão do trabalho de campo. Tal comissão também, semanalmente, elaborou planilhas para registro interno e apresentação de resultados do andamento da pesquisa utilizando, como ferramenta principal, a plataforma *Monday* – ferramenta que permite a organização de informações e fluxo de trabalho para executar projetos, processos e trabalho diário.

Na plataforma *Monday* era possível organizar e acompanhar a evolução do trabalho de campo. Nela eram armazenadas diariamente as informações de cada domicílio (endereço, número de moradores e *status* das entrevistas), conforme pode ser observado na imagem abaixo (Imagem I).

Imagem 1. Plataforma Monday utilizada no estudo Saúde EM CASA.

Group Title	ID	ENDEREÇO	NOME	TELEFONE	DESERVIÇOS	ATIVAR	ADULTOS	Status	Adultos Embarcados	Recusa Recusa
50010.01	283						2	Finalizado	2	
50010.02	81						1	Finalizado	1	
50010.03	581				Pala maritã, jogos...		2	Finalizado	2	
50010.04	291-g				Beco ao lado da ca...		3	Finalizado	2	
50010.05					Casa sem numero...		4	Finalizado		
50010.06	311-46						2	Finalizado		
50010.07	419				Casa de equite...		2	Finalizado		
50010.08	337						2	Finalizado		2
50010.09	292-E				Entar no lado, Cas...	Ana Paula	3	Finalizado	2	
50010.10	312						1	Finalizado		1
50010.11	65						2	Finalizado		5
50010.12	292-A				cabederos unicos...		1	Finalizado		
50010.13	54						1	Finalizado	1	
50010.14	289						3	Finalizado	3	
50010.15	136						2	Finalizado		1
50010.16	36				Não atendeu		1	Finalizado	1	
50010.17	136						1	Finalizado	1	

2.7 Financeiro

As responsáveis por essa comissão foram as mestrandas Anna Müller e Rafaela Borges. A comissão ficou encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante o Consórcio de Pesquisa. Também ficaram responsáveis pelo controle de pagamento dos auxiliares de pesquisa e do caixa feito pela turma para possíveis gastos não incluídos no financiamento pela CAPES.

Para a impressão de materiais (questionários, manuais de instruções e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido), foi necessário orçamento em ao menos duas empresas diferentes. Tais orçamentos foram levados ao setor financeiro do PPGEpi para a autorização de compra na empresa com melhor custo-benefício, financiado pela CAPES. Os principais gastos iniciais envolveram material de campo, camisetas, crachás e bonés, cujos valores estão descritos na seção “Orçamento”.

2.8 Elaboração de relatórios

Esta comissão foi formada pelas mestrandas Bruna Venturin, Eloisa Porciúncula e Marina de Borba Oliveira. A equipe foi responsável pela redação do presente documento, contando com a colaboração dos integrantes das demais comissões que compuseram este consórcio.

3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de pesquisa do presente estudo contempla duas abordagens distintas:

- Bloco A, aplicado a todos os indivíduos que participaram do estudo, onde abordaram-se questões individuais relacionadas à saúde;

- Bloco B, aplicado apenas ao chefe da família, onde abordaram-se questões sobre bens, renda e insegurança alimentar. Considerou-se chefe da família a pessoa identificada como tal, por si ou pelos demais moradores da casa; ou a pessoa com maior contribuição financeira à renda da família; ou a pessoa mais apta a responder questões sobre a casa e os demais moradores, nesta ordem de critérios.

Nos Quadros 2 e 3 especificam-se os temas abordados no questionário principal e no subestudo sobre inaladores dosimetrados, respectivamente.

Quadro 2. Bloco das questões, número de perguntas no questionário do consórcio de pesquisa 2019/2020.

Bloco	Nº de Questões	Assuntos
A (Individual)	222	Gerais: idade, escolaridade, trabalho, tabagismo e consumo de álcool Alimentação o Atividades Físicas Sono Consumo de Medicamentos (benzodiazepínicos e inaladores dosimetrados) Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Doenças Autorreferidas Serviços de Saúde (utilização e discriminação) Saúde Bucal Percepções (apoio social e justiça) Violência Urbana
B (Familiar)	38	Renda familiar Bens familiares Insegurança alimentar

Quadro 3. Bloco das questões e número de perguntas do questionário do subestudo referente à técnica de uso de inaladores dosimetrados (bombinhas) por indivíduos com Doença Respiratória Crônica.

Bloco	Questões	Assuntos
1	8	Medicamentos utilizados - inaladores dosimetrados Características de obtenção Formas de utilização
<i>Checklist</i>	8 - 11	Observação da Técnica

4 MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções auxiliou os mestrados e facilitou o fluxo de treinamento das auxiliares de pesquisa e do trabalho de campo. A versão impressa do manual de instruções fez parte do material disponibilizado para as auxiliares.

O documento possuía informações necessárias para a compreensão do questionário, com orientações sobre os dados a serem coletados, explicações sobre cada pergunta, opções de respostas e instruções para perguntas em que as opções deveriam ou não ser lidas. Também possuía as definições de termos utilizados no instrumento e o telefone de todos os mestrados supervisores. Cada mestrando foi responsável pela elaboração do manual do seu bloco de questões.

5 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Para definição da amostra final, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para seu tema de interesse. Considerou-se acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão e possível efeito do delineamento.

Durante a oficina de amostragem, coordenada pelos professores Aluísio Barros e Fernando Hartwig, foi definido o maior tamanho de amostra necessário para contemplar os temas de interesse, levando em consideração questões logísticas e financeiras. A amostra mínima necessária foi de 3.400 indivíduos, residentes em 1.700 domicílios da cidade, considerando-se uma média de dois adultos por domicílio. Para alcançar a amostra desejada, definiu-se que seriam sorteados 100 setores censitários e visitados, em média, 17 residências em cada setor. Após o rastreamento do setor (durante a listagem de domicílios realizada pelos mestrandos em 2019/20), o número de residências a serem visitadas por setor deveria ser corrigida proporcionalmente à expansão ou redução do tamanho de cada setor censitário entre os anos de 2010 e 2019/2020.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram listados todos os 488 setores censitários do município de Pelotas, ordenados pela informação de renda média do domicílio.

O número total de domicílios da zona urbana de Pelotas (107.152) foi dividido por 100 (número de setores a serem visitados), para obter-se o pulo sistemático (1072), respeitando-se a probabilidade proporcional ao número de domicílios por setor. Em seguida, sorteou-se de modo aleatório o número 955 (entre 1 e 1.072) por meio do programa *Microsoft Excel*, correspondendo a um domicílio pertencente ao primeiro setor definido. A seleção dos demais setores ocorreu por meio da soma do pulo sistemático ao número do domicílio do setor inicial (955) e, assim, sucessivamente até o término da listagem.

6 ESTUDO PRÉ-PILOTO E PILOTO

Essa etapa do estudo teve a colaboração dos mestrados Bárbara Berruti, Daniel Leventhal e Eveline Bordinon para sua organização. Com o objetivo de detectar possíveis falhas de compreensão das questões ou do modo de preenchimento, tanto por parte das entrevistadoras quanto de entrevistados(as), do dia 04 ao dia 15 de novembro de 2019, foi realizado o estudo pré-piloto, em que cada mestrado ficou responsável pela aplicação de no mínimo dez questionários. No total foram aplicados aproximadamente 140 questionários e discutidas as principais dúvidas surgidas durante a aplicação.

Em seguida, os mestrados se reuniram e avaliaram todas as dúvidas, inconsistências e dificuldades encontradas, organizando uma nova versão do questionário para aplicação no estudo piloto, sendo uma parte do processo de seleção e treinamento das auxiliares em pesquisa.

O estudo piloto foi realizado durante a seleção e o treinamento, sendo parte avaliativa do processo. Foi realizado nos dias 21 e 22 de novembro de 2019. No total, foram aplicados 36 questionários em um setor censitário não sorteado para participar da pesquisa. Após, os mestrados avaliaram e corrigiram os questionários e as incompatibilidades encontradas naquele momento, redigindo uma versão mais clara do questionário para os entrevistados e auxiliares de pesquisa.

7 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo do presente estudo consistiu em três etapas principais: listagem de domicílios, reconhecimento de domicílios sorteados e entrevistas. Tais etapas ocorreram entre quatro de novembro de 2019 e 18 de março de 2020. O processo teve início no subdistrito Fragata, passando por Três Vendas, Areal, Laranjal, Barragem, São Gonçalo e sendo interrompido quando no subdistrito Centro.

Cabe ressaltar que, em todas as fases, tanto os mestrandos quanto as auxiliares de pesquisa apresentavam-se com adequada identificação do estudo para comprovar o propósito e a idoneidade da pesquisa (camiseta, crachá e documentos afins).

Na primeira etapa – listagem de domicílios – os alunos, geralmente em duplas, faziam a visita inicial ao setor censitário, no qual se coletava o número de todas as residências pertencentes ao setor em questão; quando não havia numeração no domicílio, coletava-se o máximo possível de informações para possível identificação posterior do mesmo, caso fosse sorteado para entrevista. A listagem dos domicílios ocorria de forma sistemática, prezando-se pela representatividade dos sorteados em relação às características gerais do setor como um todo. Desta forma, primeiramente eram listadas as casas pertencentes ao perímetro do setor, iniciando-se pelo ponto mais ao Norte do setor e percorrendo-o em sentido horário, até o ponto inicial. Em seguida, eram listadas as residências contidas nas ruas internas do setor, também partindo do ponto mais ao Norte em direção ao Sul e obedecendo simultaneamente à orientação de Oeste para Leste do mapa do setor. Eram, na ocasião, registrados os nomes das ruas e numerados os segmentos a que cada uma das ruas pertencia, de acordo com a orientação geográfica de Norte para Sul, em sentido-horário, e de Oeste para Leste, com base nos mapas de cada setor. Os mapas foram organizados pelas mestrandas Bruna Venturin, Bárbara Berrutti, Eveline Bordignon e Paulo Victor de Albuquerque, todos obtidos previamente à visita ao setor, impresso das imagens do *Google Earth*. Nesse processo, diferentemente da metodologia de “bateção” empregada nos consórcios da zona urbana anteriores, não foi realizada a identificação dos moradores de cada domicílio. A

sua identificação era realizada apenas nos casos em que o domicílio era sorteado.

Essa listagem sistematizada, com o número dos domicílios, de cada setor censitário, era digitada em planilhas da *Microsoft Excel*. As planilhas continham informações descritivas dos domicílios, como o número do segmento, o nome da rua, o número da casa, nome do edifício, sua cor, entre outros, que fossem relevantes para a futura identificação e localização dos mesmos pelas auxiliares de pesquisa. Em posse dessa planilha, os mestrandos Thiago Melo, Eloísa Porciúncula e Marina de Borba Oliveira eram os responsáveis pelo sorteio dos domicílios onde seriam realizadas as entrevistas.

Utilizando a lista de domicílios válidos por setor, o sorteio dos domicílios a serem entrevistados foi realizado em plataforma *shinyapps*, desenvolvida para automatizar o processo de amostragem, de acordo com a seguinte sequência:

- Uma correção do número n de domicílios a serem sorteados por setor foi realizada de modo a considerar a expansão ou redução no número de domicílios em cada setor encontrados na etapa da listagem dos domicílios em relação ao valor fornecido pelo Censo Demográfico de 2010, da forma:
 - Calculava-se: $n = 17 \times (\text{n}^\circ \text{ de domicílios no setor encontrados na listagem dos domicílios}) / (\text{n}^\circ \text{ de domicílios no setor de acordo com o Censo})$;
 - n era arredondado para o valor inteiro imediatamente superior an ;
 - Se n era maior do que 25, n era considerado igual a 25, de modo a estabelecer um limite superior para a expansão;
 - Se n era menor do que 10, n era considerado igual a 10, de modo a estabelecer um limite inferior para a redução;
- De posse de n , o pulo sistemático era determinado como sendo o quociente da divisão do número de domicílios em cada setor encontrados na etapa da listagem dos domicílios por n ;
- Um domicílio era sorteado aleatoriamente dentre a lista ordenada geograficamente dos domicílios do setor e o pulo era aplicado sistematicamente até o final da lista, retornando então para o início da lista até que n domicílios tivessem sido sorteados;

- O modelo de sorteio sistemático foi realizado de modo a garantir uma distribuição homogênea de domicílios ao longo do setor sendo sorteado.

Na etapa seguinte – reconhecimento de domicílios sorteados – preferencialmente, os mesmos mestrandos que fizeram a listagem de domicílios do setor censitário em questão, procediam à primeira visita às residências, com o intuito de apresentar e explicar a pesquisa a algum morador e coletar o máximo possível de informações (nomes e número de adultos residentes; telefones para contato; melhores dias e/ou horários para realização de entrevistas). Quando nenhum morador se fazia presente na residência durante essa fase da pesquisa, tentava-se conseguir alguma dessas informações com vizinhos, além de entrega de correspondência contendo: carta de apresentação e cópia de matéria de jornal local impresso sobre o estudo.

Para a realização da etapa final de campo – as entrevistas – as auxiliares de pesquisa recebiam uma escala com as informações das residências nas quais havia possibilidade de entrevistas no turno em questão (manhã ou tarde), bem como o mapa do setor censitário onde as entrevistas daquele turno seriam realizadas. De posse do material completo (mochila com *tablet*, manual de instruções, questionário impresso, cartões necessários para a aplicação de determinados conteúdos dos questionários, bloco para anotações, estojo contendo canetas, lápis e borracha, termos de consentimentos livres e esclarecidos) e corretamente identificadas como colaboradoras do estudo, as auxiliares de pesquisas saíam do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) em horário previamente combinado (considerando um limite de 10 minutos de tolerância) e eram levadas ao ponto de encontro, definido pelos mestrandos como seguro e adequado, dentro do setor onde as entrevistas do turno seriam realizadas. Salienta-se que o transporte foi disponibilizado pelo consórcio de mestrado, o qual recebeu apoio da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para os setores de três subdistritos mais afastadas em relação ao CPE (Laranjal, Barragem e São Gonçalo). Após a chegada ao setor, com o auxílio do mapa e da escala, as auxiliares de pesquisa se dirigiam aos domicílios, sempre com supervisão de algum dos mestrandos (presencial no setor ou via remota, a partir da sala 332 do CPE, destinada ao consórcio de pesquisa durante sua realização), convidavam os moradores a participarem do estudo e realizavam as

entrevistas. Após o término do turno, as auxiliares repassavam a situação das entrevistas (realizada, não finalizada, recusa, inelegível e agendamento) para o mestrando responsável pelo turno de coleta de dados e o mesmo atualizava os dados coletados na plataforma *Monday* diariamente com o *status* das entrevistas e possíveis observações, como o melhor dia/turno para a entrevista, entre outras.

As etapas acima citadas foram realizadas até o dia 18 de março de 2020, quando a pandemia de Covid-19 levou a Universidade Federal de Pelotas a cancelar as atividades acadêmicas presenciais da graduação e pós-graduação.

Seguindo determinação do colegiado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, definiu-se o cancelamento deste consórcio, em face da impossibilidade de finalização da pesquisa após a normalização das atividades, considerando que esta data era desconhecida e que haveria discrepância de cenário social, econômico e de saúde antes e depois da pandemia.

8 CONTROLE DE QUALIDADE

A qualidade dos dados coletados foi avaliada através da replicação de um questionário reduzido para 10% dos entrevistados, mediante contato telefônico. As ligações foram realizadas pela Comissão de Checagem das Inconsistências e Controle de Qualidade, compostas pelos mestrandos Marina de Borba Oliveira e Lucas Oliveira. O sorteio era realizado semanalmente através de aplicativo na plataforma *shinyapps*. Caso não se obtivesse contato com o entrevistado após três tentativas em horários diferentes, novo sorteio era realizado, até atingir os 10% previstos das entrevistas realizadas no período. As entrevistas que apresentassem possível inconsistência (conforme discutido no item 2.3.1 do presente relatório) foram excluídas do controle de qualidade. Os dados foram inseridos em formulário específico na plataforma *RedCap*.

Para avaliar a concordância entre as questões utilizou-se o coeficiente de Kappa. O coeficiente de Kappa variou entre 0,78 (questão sobre consumo de bebidas alcoólicas) e 1,0 (questão sobre o entrevistado saber ler/escrever), indicando que a concordância entre o questionário reduzido, para o controle de qualidade, e o questionário utilizado na pesquisa foi entre concordância substantiva e quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977). Os valores do coeficiente de Kappa podem ser conferidos na Tabela 1.

Tabela 1. Estatística Kappa realizada entre questionário de pesquisa e questionário reduzido do controle de qualidade.

Questões	Kap pa	p-valor
O(a) Sr.(a) sabe ler ou escrever?	1,00	<0,001
O(a) Sr.(a) tem filhos?	1,00	<0,001
O(a) Sr.(a) consome alguma bebida de álcool?	0,78	<0,001
Algum médico ou profissional de saúde disse que o(a) Sr.(a) tem asma?	0,88	<0,001
Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já consultou com o dentista?	1,00	<0,001
Algum médico ou profissional de saúde disse que o(a) Sr.(a) tem problema de coração atual ou antigo?	0,80	<0,001

9 CHECAGEM DE INCONSISTÊNCIAS

A checagem das inconsistências foi realizada de maneira automatizada através da utilização de um aplicativo desenvolvido por Thiago Melo. A checagem através do aplicativo tinha com princípio uma série de regras lógicas que os dados coletados deveriam seguir e, que, caso as regras não fossem respeitadas, era indicado possíveis correções necessárias. A checagem das inconsistências ocorria semanalmente. Em um primeiro momento inseria-se o banco de dados em formato .xls no aplicativo, o que gerava uma segunda planilha com dados das entrevistas cujas variáveis apresentavam possíveis erros indicados pelo aplicativo. A partir desta segunda planilha, avaliava-se a necessidade de modificação das variáveis em questão através da interpretação do banco de dados, discussão com as entrevistadoras e, se necessário, novo contato telefônico com o entrevistado.

10 RESULTADOS GERAIS

A coleta de dados foi interrompida no dia 18 de março de 2020, devido ao contexto atual da epidemia do novo coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), seguindo as recomendações de distanciamento social da Organização Mundial de Saúde e da Universidade Federal de Pelotas. A comissão de organização trabalhou nas semanas posteriores fazendo a contagem de TCLEs e conferência das planilhas de trabalho armazenadas na plataforma *Monday*, anteriormente mencionada. A comissão de gestão e conferência do banco de dados detectou e corrigiu as inconsistências.

A Tabela 2 descreve o número absoluto e relativo de entrevistas realizadas por subdistrito, bem como para recusas. Salienta-se que não há descrição de perdas, pois o estudo foi interrompido antes que as tentativas de contato fossem finalizadas. No apêndice A pode-se encontrar a versão completa desta tabela, contendo as informações de entrevistas e recusas para cada setor censitário.

Tabela 2. Número de entrevistas e recusas por subdistrito do Consórcio de Pesquisa 2019/2020 (n=827). Pelotas, RS.

Subdistrito	Número de entrevistas	%	Recusas	%
Areal	103	12,45	14	4,6
Barragem	42	5,08	0	0
Centro	7	0,85	0	0
Fragata	226	27,33	33	6,6
Laranjal	105	12,70	4	1,6
São Gonçalo	34	4,11	3	2,4
Três Vendas	310	37,48	31	3,9
Total	827	100	85	4,0

No total foram realizadas 827 entrevistas em 523 domicílios, as quais estão descritas na Tabela 3.

A maioria dos participantes do estudo eram do sexo feminino (66,5 %), de cor da pele autodeclarada branca (74,9 %) e pertencentes ao nível socioeconômico C (55,4 %, compreendendo as classificações C1 e C2), segundo a classificação da ABEP. Em relação às demais variáveis, as categorias mais frequentes foram idade superior a 60 anos (38,9 %), ser casado(a) (41,8 %) e ter ensino fundamental incompleto (42,1 %).

Tabela 3. Frequência absoluta (n) e relativa (%) das variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa. (n=827)

Variáveis	N	%
Sexo (n=827)		
Masculino	277	33,5
Feminino	550	66,5
Idade (n=827)		
18-28	137	16,6
29-39	103	12,5
40-49	112	13,5
50-59	153	18,5
60 ou mais	322	38,9
Cor da pele/etnia (n=821)		
Branca	615	74,9
Preta	103	12,6
Parda	94	11,5
Amarela	4	0,5
Indígena	5	0,6
Estado civil (n=827)		
Solteiro (a)	294	35,6
Casado (a)	346	41,8
Separado (a) ou divorciado (a)	71	8,6
Viúvo (a)	116	14,0
Escolaridade (n=822)		
Analfabeto(a)	54	6,5
Fundamental incompleto	346	42,1
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	141	17,2
Ensino médio completo ou superior incompleto	194	23,6
Ensino superior completo ou pós-graduação incompleta	64	7,8
Pós-graduação completa	23	2,8
Nível Socioeconômico - ABEP (n=650)		
A	25	3,9
B1	42	6,5
B2	125	19,2
C1	179	27,5
C2	181	27,9
D-E	98	15,0

11 ORÇAMENTO

O consórcio de pesquisa Saúde Em Casa foi financiado pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal no Nível Superior (CAPES/PROEX), pela turma de mestrados 2019/2020, pelo projeto do professor Joseph Murray e, ainda, pelo colegiado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Dos R\$ 90.000,00 (noventa mil reais), disponibilizado pela CAPES/PROEX, foram gastos R\$ 15.400,00 (quinze mil e quatrocentos reais) com pagamento de entrevistas, R\$ 3.627,50 (três mil seiscentos e vinte e sete reais e cinquenta centavos) com pagamento de transporte e R\$ 4.171,00 (quatro mil cento e setenta e um reais) com impressões de material de campo, totalizando, portanto, R\$ 23.198,50 (vinte e três mil cento e noventa e oito reais e cinquenta centavos) gastos. Com o cancelamento do trabalho de campo, foram pagas 20.855 impressões (R\$ 4.171,00) e usadas apenas 4.121 (R\$ 824,20), ficando, as demais, a serem retiradas na papelaria, em outro momento. Assim, do montante inicial reservado para o estudo, não foram gastos R\$ 66.801,50 (sessenta e seis mil oitocentos e um reais e cinquenta centavos).

A turma de mestrado 2019/2020 colaborou com R\$ 11.930,20 (onze mil novecentos e trinta reais e vinte centavos). Deste valor, foram gastos R\$ 4.403,30 (quatro mil quatrocentos e três reais e trinta centavos) com crachás, camisetas, bonés, seguros de vida, software *Monday* e material de campo.

O professor Joseph Murray disponibilizou R\$ 6.000,00 (seis mil reais), destinados ao pagamento dos auxiliares de pesquisa no período de 21 de fevereiro à 20 de março. Deste valor, foram utilizados R\$ 1.878,60 (um mil oitocentos e setenta e oito reais e sessenta centavos).

Por fim, o colegiado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia disponibilizou R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) que seriam acrescidos ao orçamento, caso necessário. Este valor não foi utilizado. Ainda, o PPGEpi disponibilizou espaço físico e linha telefônica para o andamento do trabalho.

Desse modo, dos R\$ 112.930,20 (cento e doze mil novecentos e trinta reais e vinte centavos) disponíveis para o trabalho de campo, foram utilizados R\$ 29.480,40 (vinte e nove mil quatrocentos e oitenta reais e quarenta centavos). Os gastos totais estão detalhados no Quadro 4.

Quadro 4. Gastos Totais do Consórcio de Pesquisa Saúde Em Casa - 2019/2020

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
Crachás	28	R\$ 8,00
Camisetas	56	R\$1.176,00
Cópias/Impressões	20.855	R\$ 4.171,00
Entrevistas	827	R\$ 16.549,00
Transporte	-	R\$ 4.366,10
Seguros de vida	25	R\$ 656,25
Material de campo	-	R\$ 1.890,05
<i>Software Monday</i>	-	R\$ 664,00
Total		R\$ 29.480,40

12 ALTERAÇÕES NO SUBESTUDO SOBRE A TÉCNICA DE USO DE INALADORES DOSIMETRADOS

Seguindo as recomendações sanitárias de isolamento social e em conformidade com a suspensão das atividades acadêmicas da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), devido à pandemia da Covid-19, o estudo Saúde EM CASA foi cancelado. No entanto, o subestudo sobre a avaliação da técnica de uso de inaladores dosimetrados pôde continuar com as coletas via vídeo chamada, após a aprovação (Anexo II) da Carta de Emenda submetida ao CEP no dia de maio de 2020.

A população alvo do subestudo é composta por indivíduos que residem em Pelotas/RS, possuem 18 anos ou mais, participaram do estudo principal e utilizam inaladores dosimetrados. O tamanho de amostra do subestudo era de 1455 adultos. Até o dia 13 de março de 2020, dos 827 indivíduos entrevistados no estudo principal, 54 indivíduos foram considerados elegíveis para participarem do subestudo. O início da coleta de dados estava agendado para a semana em que a Universidade Federal de Pelotas suspendeu as aulas. Desta maneira, através de contato telefônico, as visitas agendadas foram canceladas.

Após a aprovação da Carta de Emenda, está sendo agendada, através de contato telefônico, uma entrevista, via chamada de vídeo, com os indivíduos identificados no estudo principal como usuários de inaladores dosimetrados. São dadas diferentes opções para a vídeo chamada: *whatsapp*, *skype*, *google meet*, *facebook* e *zoom*. A entrevista é agendada com base na disponibilidade do entrevistado e, caso o mesmo tenha dificuldades de compreensão e/ou não esteja familiarizado(a) com estes recursos, as pesquisadoras questionam se algum outro morador da casa compreende/está familiarizado/tem algum dos recursos de vídeo chamada anteriormente citados e se pode ajudar na coleta de dados.

No dia da entrevista, o entrevistado deve preencher o formulário, disponível em <https://forms.gle/eczG6ZxUidtpqASJ6>, previamente enviado via e-mail ou *whatsapp* e que contém o TCLE ou declarar se concorda ou não em participar do estudo na vídeo chamada. O *tablet* continua sendo o instrumento de obtenção dos dados.

13 CRONOGRAMA

Atividades/Período	2019							2020						
	J	J	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J		
Entrega do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa - FAMED/UFPeL														
Oficina de amostragem														
Reconhecimento dos setores														
Elaboração questionários														
Elaboração manual de instruções														
Seleção e treinamento de auxiliares de pesquisa														
Realização do trabalho de campo														
Interrupção do trabalho de campo														
Relatório do trabalho de campo														

14 FOTOGRAFIAS E IMAGENS DO ESTUDO SAÚDE EM CASA



Imagem II. Logo do estudo Saúde em Casa



Imagem III. Mochilas do estudo Saúde em Casa.

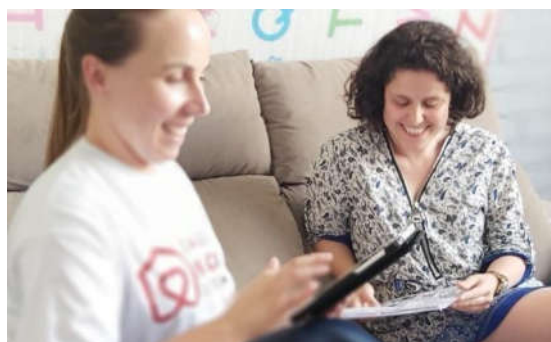


Imagem IV. Entrevista do estudo Saúde em Casa



Imagem V. Instagram e Equipe do Estudo Saúde EM CASA.

15 REFERÊNCIAS

BARROS, A. J. D. et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2008; 11(supl1): 133-144.

LANDIS, J. R; KOCH, G. G. An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers. **International Biometric Society**. 1977, 33(2). 363-374.

16 ANEXOS

Anexo I. Aprovação do estudo no CEP.

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE ADULTOS RESIDENTES NA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS: Consórcio de Pesquisa do Mestrado em Epidemiologia 2019/2020

Pesquisador: Luciana Tovo Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24342919.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.676.549

Apresentação do Projeto:

Após alguns anos realizando estudos com populações específicas, como residentes na zona urbana, idosos e universitários, a turma de mestrandos 2019/2020, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, propõe o retorno da realização do conhecimento sobre a situação de saúde dos adultos residentes na zona urbana do município, de delineamento transversal e realizado sob a forma de trabalho conjunto dos mestrandos – denominado como consórcio de pesquisa. A presente proposta prevê a realização de entrevistas realizadas em domicílios com adultos residentes na zona urbana de Pelotas, com 18 anos ou mais. Serão amostrados 1.700 domicílios, correspondendo a estimados 3.400 indivíduos, de novembro de 2019 a julho de 2020. O instrumento que avaliará os aspectos mencionados será aplicado por intermédio de entrevistadoras e respondido através do questionário construído pelos mestrandos. Como fruto deste trabalho conjunto, espera-se que, por sua relevância em saúde, possam ser construídas e divulgadas informações a favor da melhoria da saúde e qualidade de vida dessa população, a partir do conhecimento da situação de saúde dos residentes na zona urbana do município motive a busca por melhores condições de saúde e mudança de hábitos de vida, assim como construção de políticas públicas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar condições sociodemográficas, hábitos de vida e alimentação, comportamentais, de saúde e

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Anexo II. Aprovação da Carta de Emenda anexada ao estudo

UFPEL - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS 												
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DA EMENDA												
Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE ADULTOS RESIDENTES NA ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS: Consórcio de Pesquisa do Mestrado em Epidemiologia 2019/2020												
Pesquisador: Luciana Tovo Rodrigues												
Área Temática:												
Versão: 2												
CAAE: 24342919.0.0000.5317												
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 4.059.349												
Apresentação do Projeto:												
Após alguns anos realizando estudos com populações específicas, como residentes na zona urbana, idosos e universitários, a turma de mestrandos 2019/2020, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, propõe o retorno da realização do conhecimento sobre a situação de saúde dos adultos residentes na zona urbana do município, de delineamento transversal e realizado sob a forma de trabalho conjunto dos mestrandos – denominado como consórcio de pesquisa. Seu objetivo é avaliar as condições sociodemográficas, hábitos de vida e alimentação, comportamentais, de saúde e violência desta população e os fatores associados. A presente proposta prevê a realização de entrevistas realizadas em domicílios com adultos residentes na zona urbana de Pelotas, com 18 anos ou mais. Por meio desta Carta de Emenda, solicitamos modificações na logística do referido protocolo, mencionado ao longo do texto por seu logo "Saúde EM CASA". O projeto mencionado tinha planejado a entrevista de 3400 residentes no município de Pelotas com 18 ou mais anos de idade. O projeto iniciou em dezembro de 2019 e, devido à pandemia de Covid-19 e a suspensão das atividades acadêmicas no dia 13 de março de 2020, o trabalho de campo foi, portanto, suspenso. O total de indivíduos entrevistados foi 827. No projeto, além do consórcio dos mestrandos, está previsto um subestudo, cujo objetivo é avaliar a técnica de uso de inaladores em adultos com essas doenças respiratórias em um período de oito												
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 33%;">Endereço: Av Duque de Caxias 250</td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr><tr><td>Bairro: Fregata</td><td>CEP: 96.030-000</td><td></td></tr><tr><td>UF: RS</td><td>Município: PELOTAS</td><td></td></tr><tr><td>Telefone: (53)3301-1801</td><td>Fax: (53)3221-3654</td><td>E-mail: cep.fimed@gmail.com</td></tr></table>	Endereço: Av Duque de Caxias 250			Bairro: Fregata	CEP: 96.030-000		UF: RS	Município: PELOTAS		Telefone: (53)3301-1801	Fax: (53)3221-3654	E-mail: cep.fimed@gmail.com
Endereço: Av Duque de Caxias 250												
Bairro: Fregata	CEP: 96.030-000											
UF: RS	Município: PELOTAS											
Telefone: (53)3301-1801	Fax: (53)3221-3654	E-mail: cep.fimed@gmail.com										

Continuação do Parecer: 4.059.349

anos após a realização do primeiro estudo abrangendo este tema na zona urbana de Pelotas, RS. A presente emenda refere-se às alterações desse subprojeto, solicitando alterações para que possa ser realizado de maneira virtual com os participantes entrevistados até o momento.

A população alvo do subestudo é composta por indivíduos que residem em Pelotas/RS, possuem 18 anos ou mais, participaram do estudo principal e utilizam inaladores dosimetrados. O tamanho de amostra do subestudo era de 1455 adultos. Até o dia 13 de março de 2020, dos 827 indivíduos entrevistados no estudo principal, 54 indivíduos são elegíveis para participarem do subestudo. Dadas as circunstâncias da pandemia da Covid-19, o TCLE não poderá ser entregue e assinado pela população. Neste caso, ao aceitar participar da entrevista via video chamada, o(a) participante poderá escolher se deseja preencher o TCLE via formulário (que será enviado via e-mail ou whatsapp) ou se prefere gravar, em vídeo, que está de acordo em participar voluntariamente da coleta de dados do subestudo.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar condições sociodemográficas, hábitos de vida e alimentação, comportamentais, de saúde e violência da população adulta residente na cidade de Pelotas entre os anos de 2019 e 2020 e os fatores associados aos dos desfechos.

Especificamente, os objetivos são:

- Avaliar o consumo de alimentos ultraprocessados
- Estimar a prevalência de sintomas de insônia e fatores associados
- Investigar a percepção de apoio social e fatores associados em adultos e idosos
- Reavaliar a insegurança alimentar nos domicílio em um intervalo de 13 anos
- Avaliar a prevalência de vitimização por violência urbana (roubo, furto, agressão e roubo/furto à residência) e analisar a tendência temporal da prevalência de vitimização entre os anos 2007 e 2019
- Estimar a prevalência atual e a evolução temporal de doenças respiratórias crônicas não transmissíveis (Asma e DPOC) e utilização de inaladores dosimetrados (aerossóis pressurizados e inaladores de pó)
- Avaliar a técnica de uso de inaladores em adultos com essas doenças respiratórias em um período de oito anos após a realização do primeiro estudo abrangendo este tema - Comparar o acesso, o padrão de utilização e a qualidade da atenção aos serviços de saúde na população adulta de Pelotas entre 2012 e 2020
- Verificar as CMU-pessoal, sua distribuição e seus fatores associados
- Avaliar a utilização de benzodiazepínicos

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata CEP: 96.030-000
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3301-1801 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

Página 10 de 14

Continuação do Parecer: 4.056.342

- Investigar a prevalência e os fatores associados à autopercepção de discriminação em serviços de saúde
- Avaliar a utilização de serviços odontológicos no último e os fatores associados ao uso do serviço
- Avaliar a prevalência de sintomas depressivos
- Avaliar a prevalência de atividade física, bem como sua tendência temporal em comparação aos anos de 2003 e 2010.
- Conhecer o perfil do sono de indivíduos no mês anterior à entrevista

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda participação em pesquisa traz riscos, neste estudo eles são mínimos, visto que o participante poderá, por exemplo, lembrar de algum evento desagradável.

O conhecimento sobre a saúde da população da cidade poderá auxiliar na elaboração de medidas para a melhoria desta. Subestudo: O conhecimento sobre a utilização de "bombinha", cápsulas de pó ou inalador de pó seco poderá auxiliar na elaboração de medidas para a diminuição dos erros de manuseio das mesmas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda do Consórcio de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Mestrado em Epidemiologia da Faculdade de Medicina/UFPEL 2019/2020, já aprovado pelo CEP/FAMED.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_156517_2_E1.pdf	26/05/2020 15:43:19		Aceito
Outros	Emenda_GAM.pdf	26/05/2020 15:41:40	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_vcail.pdf	26/05/2020	Luciana Tovo	Aceito

Endereço: Av. Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3301-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 4.059.342

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_vcali.pdf	15:41:24	Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_forms.pdf	26/05/2020 15:41:08	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoCEP_emendasub.pdf	26/05/2020 15:40:45	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/10/2019 13:28:52	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgeral.docx	24/10/2019 11:36:53	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP.docx	24/10/2019 11:36:16	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 30 de Maio de 2020

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador(a))

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata CEP: 96.030-000
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3301-1801 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

Página 04 de 04

17 APÊNDICES

Apêndice A: Carta de apresentação do estudo Saúde Em Casa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a),

O mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal de Pelotas, vem por meio desta manifestar que sua casa foi uma das 1.700 residências selecionadas para o estudo "Saúde EM CASA" - sobre a saúde da população adulta que mora na zona urbana de Pelotas. Antes desta fase da pesquisa, todas as casas localizadas nesta região da cidade foram visitadas por membros do estudo e, posteriormente, realizou-se um sorteio para definir quais casas participariam das entrevistas.

Como a sua casa foi selecionada, uma entrevistadora foi direcionada a sua casa para falar com o Sr.(a) e os outros adultos que moram na casa. Ela deverá estar portando um crachá de identificação e fará perguntas relacionadas a sua saúde. Se no momento da visita o(a) Sr.(a) não puder, ou estiver ocupado, é possível marcar uma nova data e horário para a realização.

Caso deseje, poderá entrar em contato com a equipe de coordenadores do estudo pelo telefone ou no endereço abaixo, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00h e das 14:00 às 18:00h. Se apresentar qualquer dúvida, fique à vontade para perguntar.

Agradecemos sua colaboração,

Profra. Elaine Tomasi

Profra. Helen Gonçalves

Profra. Luciana Rodrigues

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa “EM CASA – Estudo de Mestrado em Consórcio com Avaliação da Saúde do Adulto” com a população que reside na zona urbana de Pelotas, RS, com 18 anos ou mais de idade. Nosso estudo vai avaliar as condições de saúde dessa população. Os resultados serão divulgados por meio de artigos científicos e/ou em jornais locais e na página oficial do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (<http://www.epidemia-ufpel.org.br>).

Para que o(a) Sr.(a) entenda melhor, informamos que:

PROCEDIMENTOS: Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, prática de atividade física, entre outros temas.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelá-la, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

DESPESAS: O(A) Sr.(a) **NÃO** terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

RISCOS: Toda participação em pesquisa traz riscos, neste **estudo** eles são mínimos, visto que o(a) Sr.(a) poderá, por exemplo, lembrar de algum evento desagradável.

BENEFÍCIOS: O conhecimento sobre a saúde da população da cidade poderá auxiliar na elaboração de medidas para a melhoria desta.

SIGILO: Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo e não será passada para outras pessoas.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser contatados novamente para confirmação de algumas respostas ou para uma nova entrevista.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, sob o número de parecer 3.676.549. Este Comitê fica situado na Avenida Duque de Caxias, 250, Fragata. Se houver alguma dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato por meio do telefone 3284.4960. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando desejar.

NOME COMPLETO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/20____



Profa. Elaine Tomasi



Profa. Helen Gonçalves



Profa. Luciana Rodrigues

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso
Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464
Telefone +55 (53)3284 – 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1332

RELATÓRIO INDIVIDUAL

*Devido à interrupção precoce do estudo Saúde Em Casa por conta da pandemia de COVID19, foi redigido um relatório individual, apresentando os resultados preliminares obtidos no estudo.

CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO ADULTA DA ZONA URBANA DA CIDADE DE PELOTAS/RS

Métodos

O consumo de alimentos ultraprocessados foi avaliado por meio de questionário de marcadores de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis retrospectivo de 7 dias. Para cada um dos grupos de alimentos contidos no questionário foi perguntado: “NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU <alimentos>? Foi considerado como habitual o consumo em cinco dias da semana ou mais, de pelo menos um grupo de AUP de acordo com a NOVA classificação, proposta por MONTEIRO et al. (2016). Os alimentos ultraprocessados presentes no questionário foram: Biscoitos doces ou bolachas recheadas; Biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote; Refrigerantes, sucos artificiais e bebidas achocolatadas; Embutidos; Produtos congelados pré-prontos; Fast foods, lanches e pizzas; Doces, balas, chocolates e gelatinas.

As variáveis independentes foram: Sexo; Cor da pele (autorreferida, categorizada em branca, preta e parda); Estado civil (categorizada em casado, divorciado/separado, solteiro e viúvo); Idade (coletada em anos completos, posteriormente classificada em 18 a 24, 25 a 39, 40 a 59, e 60 anos ou mais); Escolaridade (categorizada segundo Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) em analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto, superior ou pós-graduação completa); Nível econômico, coletado segundo instrumento proposto pela ABEP e categorizado em A1 (mais alto), B1, B2, C1, C2 e D/E (mais baixo); estado nutricional, de acordo com o IMC (baixo peso/eutrófico/sobrepeso/obesidade); Status de fumo (ex-fumante/fumante/nunca fumou) e consumo de bebidas alcólicas (coletado através de instrumento AUDIT e categorizado como consumo sem risco/consumo com risco).

Em um primeiro momento, a amostra foi caracterizada através de

análise descritiva de frequência relativa (%) e absoluta (N). Em seguida, a associação entre o consumo habitual de AUP e as variáveis de exposição foi estimada com análise bivariada por regressão de Poisson com variância robusta. Razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados. As análises foram realizadas no software Stata 15.1.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 827 indivíduos. Cerca de dois terços da amostra era do sexo feminino (66,5%), 75,7% de cor da pele branca, 41,9% casado e 39% dos participantes, tinham 60 anos de idade ou mais. A maioria dos entrevistados possuía ensino fundamental incompleto (42%) e 19% era de nível econômico B2. Quanto às variáveis comportamentais, 36% dos participantes do estudo apresentaram sobrepeso, a grande maioria apresentou consumo de álcool sem risco (94,9%) e 56,4% nunca fumou (tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	550	66,5
Masculino	227	33,5
Cor da Pele		
Branca	615	75,7
Preta	103	12,7
Parda	94	11,6
Estado Civil		
Casado	346	41,9
Divorciado/Separado	71	8,6
Solteiro	294	35,5
Viuvo	116	14,0
Idade (em anos completos)		
18-24	98	11,9
25-39	142	17,1
40-59	264	32,0
60 ou mais	322	39,0
Escolaridade (ABEP)		
Analfabeto	54	6,6

Fundamental incompleto	346	42,0
Fundamento completo ou médio incompleto	141	17,1
Médio completo ou superior incompleto	195	23,7
Superior completo ou pós-graduação incompleta	69	8,4
Pós-graduação completa	18	2,2
Nível Econômico (ABEP)		
A	25	3,8
B1	42	6,5
B2	125	19,2
C1	179	17,5
C2	181	17,9
D-E	98	15,1
Estado Nutricional		
Baixo peso	12	1,7
Eutrófico	234	33,7
Sobrepeso	251	36,2
Obesidade	197	28,4
Consumo de bebidas alcoólicas		
Consumo de baixo risco	785	94,9
Consumo de risco	36	4,3
Consumo de alto risco	3	0,4
Provável dependência	3	0,4
Status de fumo		
Fumantes	161	19,5
Nunca Fumaram	467	56,4
Ex-Fumantes	199	24,1

A prevalência de consumo habitual de alimentos ultraprocessados por adultos da zona urbana da cidade de Pelotas/RS foi de 67,7%. A tabela 2 mostra a associação entre consumo habitual de AUP e possíveis fatores de risco. Pessoas de cor da pele preta e parda apresentaram maior risco de consumo habitual de alimentos ultraprocessados, comparadas às pessoas de cor da pele branca (RP 1,06 e RP 1,21, respectivamente). A idade apresentou uma tendência negativa de associação ao consumo habitual de alimentos ultraprocessados, mostrando que o risco de consumo vai diminuindo conforme aumenta a idade. Pessoas com grau de escolaridade mais baixo apresentaram maior risco de consumo habitual de AUP, comparadas às pessoas com grau de escolaridade mais alto (RP 1,19, RP 1,02 e RP 1,06 paragrafo de escolaridade de ensino médio completo ou superior incompleto, fundamental

completo ou médio incompleto e pessoas analfabetas, respectivamente).

Tabela 2: Associação entre consumo habitual de alimentos ultraprocessados e variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

Variáveis	Análise Bruta	
	RP	IC 95%
Sexo		0.441
Feminino	ref	-
Masculino	1.04	0.94 ; 1.14
Cor da Pele		0.003
Branca	ref	-
Preta	1.06	0.39 ; 1.21
Parda	1.21	1.09 ; 1.35
Estado Civil		0.545
Casado	1.06	0.88 ; 1.28
Divorçado/Separado	ref	-
Solteiro	1.09	0.90 ; 1.31
Viuvo	1.14	0.93 ; 1.40
Idade (em anos completos)		0.001
18-24	1.27	1.11 ; 1.44
25-39	1.21	1.07 ; 1.36
40-59	1.09	0.98 ; 1.23
60 ou mais	-	
Escolaridade (ABEP)		0.005
Analfabeto	1.06	0.84 ; 1.33
Fundamental incompleto	0.98	0.83 ; 1.16
Fundamento completo ou médio incompleto	1.02	0.85 ; 1.23
Médio completo ou superior incompleto	1.19	1.01 ; 1.40
Superior completo ou pós-graduação	ref	-
Nível Econômico (ABEP)		0.346
A	ref	-
B1	0.92	0.52 ; 1.61
B2	1.22	0.78 ; 1.91
C1	1.05	0.66 ; 1.65
C2	1.13	0.72 ; 1.76
D-E	1.08	0.68 ; 1.70
Estado Nutricional		0.971
Baixo peso	ref	-
Eutrófico	1.08	0.72 ; 1.62
Sobrepeso	1.04	0.70 ; 1.57

Obesidade	1.02	0.68 ; 1.54
Consumo de bebidas alcoólicas	0.532	
Consumo sem risco	ref	-
Consumo com risco	1.06	0.88 ; 1.28
Status de fumo	0.295	
Nunca Fumaram	ref	-
Fumantes	1.09	0.98 ; 1.21
Ex-Fumantes	1	0.90 ; 1.12

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram os achados na literatura. Estudos realizados no Reino Unido (ADAM & WHITE (2015) e no Canadá (MOUBARAC et al. (2017)), encontraram que o consumo de AUP diminui conforme aumenta a idade. Um estudo na França (JULIA et al. (2018)) encontrou que o consumo desses alimentos foi maior em indivíduos de menor idade e menor escolaridade. BARALDI et al. (2018), avaliaram o consumo de ultraprocessados nos Estados Unidos e apontaram que o consumo de AUP foi maior em indivíduos de cor da pele preta, com níveis mais baixos de educação e de menor idade. Por fim, COSTA et al. (2019) em um estudo que avaliou o Consumo de alimentos ultraprocessados aos 11, 22 e 30 anos em três Coortes de Nascimentos de Pelotas, evidenciou que o consumo desses alimentos se mostrou maior na coorte mais jovem e, nas três coortes, em indivíduos de cor da pele preta.

Conclusões

A prevalência de consumo habitual de alimentos ultraprocessados em adultos da zona urbana da cidade de Pelotas/RS foi de 67,7 o consumo se mostrou associado a menor idade e grau de escolaridade e cor da pele preta. A alimentação é considerada um dos condicionantes para a promoção de saúde e qualidade de vida. Avaliar o consumo alimentar utilizando uma classificação que considera, não somente os nutrientes de um alimento, mas sim a natureza, extensão e o seu grau de processamento, identificando os principais fatores de risco para esse consumo, tanto colabora para a literatura sobre consumo alimentar, como contribui para a definição de medidas preventivas e ações de educação nutricional mais efetivas, de forma a melhorar a qualidade de alimentação da população e diminuir o aparecimento,

desenvolvimento e agravamento de doenças crônicas não-transmissíveis.

Referências

ADAMS, Jean; WHITE, Martin. Characterisation of UK diets according to degree of food processing and associations with socio-demographics and obesity: cross-sectional analysis of UK National Diet and Nutrition Survey (2008–12). **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 12, n. 1, p. 160, 2015.

BARALDI, Larissa Galastri et al. Consumption of ultra-processed foods and associated sociodemographic factors in the USA between 2007 and 2012: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **BMJ open**, v. 8, n. 3, p. e020574, 2018.

COSTA, Caroline *et al.* **Consumo de alimentos ultraprocessados aos 11, 22 e 30 anos nas Coortes de Nascimentos de Pelotas de 2004, 1993 e 1982.** In: COSTA, Caroline *et al.*

Consumo de alimentos ultraprocessados e gordura corporal da infância ao início da adolescência: Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004: Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

JULIA, Chantal et al. Contribution of ultra-processed foods in the diet of adults from the French NutriNet-Santé study. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 27-37, 2018.

MOUBARAC, Jean-Claude et al. Consumption of ultra-processed foods predicts diet quality in Canada. **Appetite**, v. 108, p. 512-520, 2017.

CANCELAMENTO DO ESTUDO SAÚDE EM CASA

No mês de março de 2020, em função da pandemia de COVID19 e em conformidade com a suspensão das aulas e atividades presenciais da Universidade Federal de Pelotas, o estudo Saúde Em Casa foi suspenso. Em vista do número de indivíduos entrevistados ter sido inferior ao N mínimo estimado por meio de cálculo de amostra, bem como da não obtenção de uma amostra representativa da cidade de Pelotas, não foi possível utilizar os dados coletados para a redação do artigo original.

Desse modo, foi enviada uma proposta à comissão de publicações das Coortes solicitando a autorização para a utilização de dados da Coorte de Nascimentos de 2015.

O artigo original foi escrito, portanto, utilizando dados da Coorte de Nascimentos de Pelotas, de 2015.

ARTIGO ORIGINAL

*Este artigo será submetido ao periódico “*Revista de Saúde Pública*”

**Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de uma Coorte
de Nascimentos de Pelotas**

Título resumido:

Consumo de ultraprocessados por crianças

Anna Müller Pereira¹; Romina Buffarini¹; Fernando Barros¹; Marlos
Rodrigues Domingues²; Mariângela Freitas da Silveira¹

¹ Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Departamento de Medicina
Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Pelotas, RS, Brasil

² Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-graduação em
Educação Física, Pelotas, Brasil.

Correspondente:

Anna Müller Pereira

Rua: Marechal Deodoro,

1160, 3º piso – Centro

Caixa Postal 464

Pelotas, RS 96020-220

Fone/Fax: +55 (53) 3284-1300

E-mail: mulleranna@outlook.com

RESUMO

Objetivos: Avaliar o consumo habitual de alimentos ultraprocessados aos 24 meses de idade de crianças pertencentes à Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015, e os principais fatores sociodemográficos e comportamentais relacionados a este consumo.

Métodos: Estudo longitudinal de base populacional, ocorrido na cidade de Pelotas/RS, onde foram avaliadas 4.275 crianças ao nascimento, das quais 95,4% foram acompanhadas aos 24 e 48 meses. O consumo alimentar foi avaliado por meio de um questionário de marcadores de consumo habitual de alimentos saudáveis e não saudáveis. Foram coletadas informações sobre sexo, cor da pele, renda familiar, escolaridade da mãe, idade da mãe, frequentar creche, ter irmãos, status de amamentação e obesidade. O desfecho foi definido como consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados. Análise multivariada por regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para estimar a associação entre consumo habitual de alimentos ultraprocessados e as variáveis de exposição. Análise de iniquidade foi realizada por meio do índice de desigualdade (SII) e índice de concentração (CIX).

Resultados: A prevalência de consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados aos 24 meses de idade foi 40,2%. O consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados apresenta iniquidade por renda e foi associado negativamente à renda, escolaridade, idade materna, cor da pele preta e ter irmãos.

Conclusões: Observou-se uma alta prevalência de consumo habitual de alimentos ultraprocessados nas crianças pertencentes à Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015, o que causa um efeito negativo na dieta das crianças.

Descritores: Alimentos; Nutrição; Ultraprocessados; Pré-escolares; Saúde Pública

Introdução

Nos últimos anos, ocorreram transformações no estilo de vida e no comportamento alimentar da população brasileira, onde alimentos in natura ou minimamente processados foram substituídos por alimentos processados e ultraprocessados (AUP), introduzidos cada vez mais precocemente na alimentação infantil^{1,2}. Tal cenário contribui para o desequilíbrio na oferta de nutrientes e para o alto consumo de alimentos calóricos, favorecendo o desenvolvimento da obesidade que, na população infantil, vem sendo relacionada com a introdução precoce e inadequada da alimentação complementar³.

De acordo com a NOVA classificação dos alimentos, proposta por Monteiro e colaboradores⁴ os alimentos ultraprocessados são produtos que sofrem diversas etapas e técnicas de processamento e recebem aditivos como corantes, aromatizantes e realçadores de sabor, utilizados para deixar os produtos mais atraentes e com maior durabilidade nas prateleiras. Esses produtos são nutricionalmente desequilibrados, visto que possuem alta densidade energética, alta densidade de gordura, alto teor de açúcar e sódio e pouco teor de fibras e proteínas⁴ e devem ser evitados antes dos dois anos de vida, uma vez que o consumo desses alimentos está associado à anemia, ao excesso de peso e a alergias alimentares⁵, além de ter efeitos a longo prazo na saúde das crianças, predispondo-os ao desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta⁶.

No Brasil, a prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados aumentou de 20,8% para 25,5% entre os anos de 2002-2003 e 2008-2009⁷. Em Pelotas, dados alimentares dos participantes das coortes de nascimentos de 2004, 1993 e 1982, mostraram que a contribuição energética diária dos alimentos ultraprocessados foi maior na coorte mais jovem (33,7%, 29,8% e 25,1% aos 11, 22 e 30 anos, respectivamente)⁸, demonstrando que o consumo é maior em idades menores.

Estudo realizado com crianças de 6 a 12 meses em uma cidade da região metropolitana de São Paulo que avaliou o consumo de alimentos ultraprocessados nas últimas 24h anteriores à entrevista, mostrou que a prevalência de consumo desses alimentos foi de 43% e que as crianças que não

estavam sendo amamentadas, bem como as crianças filhas de mães de menor escolaridade, apresentaram maior prevalência de consumo⁹. Outro estudo, realizado com crianças de 0 a 72 meses de idade da cidade de Pelotas/RS, mostrou que a média de consumo energético diário foi de 1.725,7 Kcal/dia e que a participação calórica proveniente do grupo de alimentos ultraprocessados foi de 19,7% nas crianças com menos de 24 meses e 36,1% naquelas com 24 meses ou mais¹⁰. Porém, dados de consumo de alimentos ultraprocessados por crianças com idade pré-escolar ainda são incipientes.

Os primeiros dois anos de vida são fundamentais para o incentivo e a adoção de hábitos alimentares saudáveis e para prevenção de doenças crônicas em fases posteriores da vida, visto que os hábitos alimentares estabelecidos nesta fase da vida tendem a se manter e se consolidar na vida adulta¹¹. Neste contexto, considera-se importante avaliar o consumo de alimentos ultraprocessados em crianças que estão na fase de introdução alimentar, utilizando uma classificação que não considera somente os nutrientes de um alimento, mas sim a natureza, a extensão e o grau de seu processamento.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar o consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados por crianças aos 24 meses de idade pertencentes à coorte de nascimentos de 2015, de Pelotas/RS e os fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais associados a este consumo.

Métodos

Participantes

A Coorte de Nascimentos de 2015 é um estudo longitudinal de todos os nascidos vivos, que ocorreu em Pelotas, cidade de médio porte do sul do Brasil, sendo a mais recente das quatro coortes realizadas na cidade (2015, 2004, 1993 e 1982). As 4329 crianças, filhas de mães residentes na área urbana da cidade, eram elegíveis para participar do estudo. Descontando uma taxa de perdas e recusas de 1,3% e 54 natimortos, a amostra final da Coorte de Nascimentos de 2015 foi formada por 4.275 crianças. Para a consulta de acompanhamento perinatal, as entrevistas foram realizadas 24 a 48 horas após o parto. Posteriormente as mães e crianças foram entrevistadas em diversas ocasiões (3, 12, 24 e 48 meses de idade da criança). A taxa de acompanhamento da Coorte de Nascimentos de 2015 aos 24 e 48 meses foi de 95,4% (N=4014 e

4010, respectivamente). Mais informações encontram-se disponíveis no perfil da Coorte 2015¹².

Variáveis

O desfecho do presente estudo, consumo habitual de alimentos ultraprocessados, foi avaliado aos 24 meses de idade e coletado por meio de um questionário contendo 20 questões relacionadas à alimentação da criança, através da seguinte pergunta: *“Agora vou fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) <CRIANÇA>. Por favor responda com base nos alimentos que são consumidos habitualmente, ou seja, todos ou quase todos os dias. Pensando no consumo habitual do(a) <CRIANÇA>, ele(a) toma/come”*. A mãe deveria responder sim ou não.

Os alimentos ultraprocessados contidos no questionário, classificados de acordo com a NOVA classificação⁴, foram: macarrão instantâneo; refrigerantes; suco de caixinha ou engarrafado, suco em pó ou água de coco em caixinha; nuggets, hambúrguer ou embutidos, como presunto, mortadela, salame, linguiça e salsicha; salgadinhos de pacote (tipo chips); iogurte; biscoitos doces ou bolachas recheadas; balas, pirulitos, chicletes, chocolates ou gelatina e achocolatado adicionado ao leite. Foi definido como ponto de corte para o desfecho, o consumo de 6 ou mais AUP.

As variáveis independentes avaliadas foram sexo da criança, cor da pele da mãe autorreferida (branca, preta, parda), renda familiar em moeda brasileira (coletada como somatória das rendas individuais de todos os moradores da casa e logo categorizada em quintis), idade da mãe em anos (categorizada menor de 20, 20 a 34 e 35 ou mais), escolaridade materna em anos completos de estudos (categorizada como 0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais), criança mora com irmãos (não/sim), coletadas no acompanhamento perinatal. Obesidade da criança, classificado como acima de dois desvios padrão de IMC/idade na curva de escore Z da OMS¹³ e status de amamentação da criança (desmamadas/parcialmente desmamadas), coletadas no acompanhamento dos 12 meses, e a variável. criança frequenta creche (não/sim), coletada aos 24 meses. Os questionários utilizados em cada acompanhamento da Coorte de Nascimentos de Pelotas 2015 estão disponíveis em <http://epidemiio->

Análise de dados

Foi realizada análise descritiva por frequência absoluta (N) e relativa (%) para caracterizar a amostra estudada. Em segundo lugar, é apresentado o consumo de AUP através de uma somatória do número de alimentos consumidos. A partir dos dados desta somatória, o desfecho do nosso estudo ficou definido como de consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados aos 24 meses. A associação entre o consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados e as variáveis independentes foi estimada com análises bivariadas e multivariadas por regressão de Poisson com variância robusta. Razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados para cada preditor apresentado. As análises foram realizadas a partir de um modelo hierárquico em quatro níveis, sendo o nível 1 composto pelas variáveis sexo, cor da pele, idade da mãe, escolaridade da mãe e renda familiar; nível 2 composto pelas variáveis frequentar creche e ter irmãos; nível 3 composto pela variável status de amamentação; e o nível 4, composto pela variável obesidade. As variáveis independentes, pertencentes a um mesmo nível foram inseridas ao mesmo tempo na regressão. Foram mantidas no modelo as variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$ e, assim, foram sendo adicionadas nível a nível. Para a significância estatística foi considerado $p < 0,05$. Por fim, foi avaliada a iniquidade socioeconômica absoluta e relativa do consumo de alimentos ultraprocessados utilizando dois indicadores: o Índice absoluto de desigualdade (Slope Index of Inequality - SII) e Índice de Concentração (Concentration Index - CIX). O SII pode ser interpretado como a diferença, em pontos percentuais, entre a prevalência no topo e na base da escala de renda; variando de -100 a 100 pontos percentuais. O CIX é uma medida semelhante ao coeficiente de Gini; um valor de zero indica igualdade perfeita, enquanto valores negativos indicam maior prevalência do indicador entre os pobres. Também, as iniquidades são apresentadas através do gráfico do tipo *Equiplot*. Nestes gráficos, os círculos coloridos mostram a cobertura média em cada quintil de renda. As linhas horizontais conectam o consumo habitual de AUP em cada quintil de renda. A distância entre os círculos

representa desigualdade absoluta: quanto maior a linha entre os dois grupos, maior a desigualdade. Mais detalhes sobre o uso e interpretação destes índices foram publicados anteriormente¹⁴. A metodologia utilizada foi replicada no acompanhamento de 48 meses de idade da criança, afim de se obter uma comparação dos dados alimentares dos dois acompanhamentos. As análises foram realizadas no software Stata 15.1.

Aspectos éticos

O protocolo do estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física, da Universidade Federal de Pelotas (número de registro CAAE: 26746414.5.0000.5313) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtida antes de cada entrevista.

Resultados

Quase metade da amostra foi composta por meninas (49,4%), aproximadamente dois terços eram filhos de mãe de cor da pele branca (70,9%) e filhos de mães com idade entre 20 e 34 anos (70,6%), um terço das crianças eram filhas de mães com 9 a 11 anos completos de estudo (34,1%) e um pouco mais da metade (50,9%) eram filhos únicos. Aos 12 meses de idade, 58,8% das crianças já eram desmamadas e 12,3% das crianças apresentava obesidade. Mais de dois terços das crianças não iam para a creche aos 24 meses. A tabela 1 descreve as características socioeconômicas, demográficas e comportamentais da amostra.

A tabela 2 mostra um escore de consumo habitual de alimentos ultraprocessados aos 24 meses de idade. Observa-se que 5,9% das crianças consumiu habitualmente pelo menos 1 grupo de alimentos ultraprocessados, enquanto que 4,6% das crianças consumiram habitualmente os 9 grupos de alimentos ultraprocessados.

A prevalência de consumo habitual em cada categoria de alimentos ultraprocessados variou de 29,6% até 88,3% (tabela suplementar 1). O alimento menos consumido foi o macarrão instantâneo, seguido por refrigerantes e o alimento ultraprocessado mais consumido foi iogurte. A prevalência do consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados aos 24 meses de idade foi

40,2%.

Tabela 3 mostra a associação entre consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados e possíveis fatores de risco aos 24 meses de idade. Cor da pele, renda familiar, escolaridade da mãe, idade da mãe, frequentar creche e presença de irmãos apresentaram associação na análise bruta. Na análise ajustada, estas variáveis se mantiveram associadas, com exceção da variável criança frequente creche, que perdeu a associação após ajuste para possíveis fatores de confusão (tabela 3).

As crianças filhas de mães de cor da pele preta e morena/parda apresentaram 29% e 20% maior probabilidade de consumirem habitualmente 6 ou mais alimentos ultraprocessados, comparadas com crianças filhas de mãe de cor da pele branca, respectivamente. A renda familiar apresentou associação com o consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados, mostrando que crianças de famílias do quintil de renda mais baixo tiveram o maior risco de consumo de alimentos ultraprocessados. A escolaridade da mãe apresentou uma tendência negativa de associação com o consumo habitual de alimentos ultraprocessados, mostrando que os filhos de mães menos escolarizadas, apresentam maior risco de consumo, comparados aos filhos de mães com maior escolaridade (RP 3.30). Da mesma forma, observou-se, que quanto menor a idade da mãe, maior o risco da criança de consumir habitualmente alimentos ultraprocessados. As crianças que possuem irmãos, apresentaram maior probabilidade de consumir habitualmente alimentos ultraprocessados, do que as crianças que são filhas únicas.

Aos replicarmos a metodologia utilizada na análise do consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados no acompanhamento de 48 meses de idade da criança, encontramos resultados similares aos obtidos aos 24 meses (Tabela suplementar 2). Ainda, as crianças desmamadas até os 12 meses de idade, apresentaram 6% maior probabilidade de consumir habitualmente 6 ou mais alimentos ultraprocessados aos 48 meses, comparadas com as crianças que ainda mamavam aos 12 meses de idade.

O consumo habitual de alimentos ultraprocessados apresenta iniquidade por renda. A figura 1 nos mostra que o consumo de AUP é muito menor no quintil de renda mais rico (Q5), comparado aos demais quintis de renda. A magnitude dessa iniquidade foi resumida pelo índice absoluto de desigualdade (Slope index

of inequality – SII) que foi igual a -0.44 (IC95% -0.49; -0.40) e pelo índice de concentração (Concentration Index -CIX) que foi igual a -0.18 (IC95% -0.20; -0.16).

Discussão

Este estudo avaliou o consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados aos 24 meses de idade de crianças pertencentes à Coorte de Nascimentos de 2015, de Pelotas/RS e seus fatores associados e fez uma comparação dos resultados obtidos aos 24 e aos 48 meses de idade das crianças. A alta prevalência e a introdução precoce de AUP na alimentação das crianças, encontrada em nosso estudo, é corroborada pela literatura, embora os métodos de avaliação variem entre os estudos^{3,9}. Giesta et al.³ (2017), verificaram que apenas 21% de uma amostra de crianças de 4 a 24 meses da cidade de Porto Alegre/RS ainda não havia consumido nenhum tipo de AUP, sendo que 56% consumiu algum destes alimentos antes dos seis meses de idade. Relvas et al.⁹ (2019), observaram que 43% de uma amostra de crianças de 6 a 12 meses de idade de uma cidade da região metropolitana de São Paulo/SP haviam ingerido pelo menos um tipo de alimento ultraprocessado nas últimas 24h.

O consumo excessivo de alimentos ultraprocessados está consistentemente associado a uma deterioração geral da qualidade nutricional das dietas, além de favorecer o consumo excessivo de calorias¹⁵. Dessa forma, os dados encontrados em nosso estudo são alarmantes, devido às crescentes evidências de que esses alimentos devem ser evitados nos primeiros anos de vida e consumidos com restrições em todas as outras fases, favorecendo a formação de hábitos alimentares saudáveis e, consequentemente, a prevenção contra doenças crônicas não transmissíveis^{11,15}.

Nas últimas décadas, houve um aumento do consumo de alimentos ultraprocessados pela população do Brasil. Dados das três últimas edições da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)^{16,17,18} observaram que os AUP representavam 12,6% das calorias ingeridas diariamente em 2002-2003, chegaram a 16% em 2008-2009 e, na última edição, em 2017-2018, representaram 18,4% do total de calorias. Os hábitos alimentares são influenciados por fatores biológicos, nutricionais, culturais e socioeconômicos e,

em crianças, além desses fatores, a alimentação também é influenciada pelos hábitos dos pais e do grupo familiar. Assim, com a crescente participação dos alimentos ultraprocessados na alimentação dos brasileiros, é comum que esse tipo de alimento seja introduzido precocemente na alimentação das crianças, repercutindo nas práticas alimentares e no estado de saúde e nutrição ao longo da vida¹⁹.

No presente estudo, crianças de cor de pele preta e parda apresentaram maior risco de consumo habitual de alimentos ultraprocessados, comparadas às crianças de cor de pele branca. Um estudo que avaliou dados da PNS observou que crianças de cor da pele preta têm maior probabilidade de consumir alimentos considerados não saudáveis²⁰. Considerando que a cor da pele é um marcador de nível econômico, este achado pode estar ligado à transição nutricional²¹ que possibilitou maior acesso à alimentos considerados não saudáveis para a população em geral que, muitas vezes, busca consumir esse tipo de alimentos em detrimento de alimentos mais saudáveis²².

O consumo habitual de alimentos ultraprocessados se mostrou associado à menor escolaridade materna. Essa associação foi relatada em estudos anteriores^{10,24}. Uma pesquisa nacional identificou associação entre a alta frequência de consumo de alimentos não saudáveis entre crianças menores de um ano e o baixo nível de escolaridade materna²³. Do mesmo modo, Relvas et al.⁹ (2019), apontaram que o maior consumo de alimentos ultraprocessados por crianças entre 6 e 12 meses de idade, foi observado entre aquelas cujas mães possuíam menor nível de escolaridade.

Entre as crianças da coorte de Nascimentos de 2015, aquelas pertencentes às famílias mais pobres apresentaram maior risco de consumo habitual de alimentos ultraprocessados. Entretanto, este consumo também se mostrou elevado entre as crianças de maior renda familiar. Dados nacionais mostram que o aumento do consumo desses alimentos afetou todos os estratos sociais, entretanto, houve uma tendência a um maior aumento entre as classes de menor renda⁷. Alimentos ultraprocessados são de maior praticidade, não necessitando de nenhuma ou quase nenhuma preparação, e de maior durabilidade. Além disso, são altamente palatáveis e apresentam um baixo custo, comparados à alimentos mais saudáveis como carnes, frutas e vegetais^{3,24} o que pode facilitar o acesso das famílias de menor renda familiar a

esse tipo de alimento. Ainda, o maior acesso às informações sobre práticas alimentares saudáveis possivelmente explica a associação da maior escolaridade materna e maior renda familiar com menor risco de consumo de AUP.

A literatura aponta que, além da menor renda e do baixo nível de escolaridade das mães, a presença de irmãos na composição familiar também é um preditor socioeconômico de uma dieta rica e alimentos ultraprocessados^{25,26}. Dentre as crianças da Coorte de Nascimentos de 2015, as que possuíam irmãos apresentaram maior risco de consumir habitualmente AUP, comparadas às crianças que são filhas únicas.

A idade materna apresentou uma associação negativa com o consumo habitual de alimentos ultraprocessados, visto que as crianças filhas de mães mais jovens apresentaram maior risco de consumir esses alimentos, corroborando com achados da literatura^{26,27} que mostram que as mães mais jovens tendem a introduzir precocemente esse tipo de alimento na alimentação das crianças.

Este estudo observou que crianças desmamadas aos 12 meses de idade, apresentaram maior risco de consumo habitual de alimentos ultraprocessados, mas essa associação só se mostrou significativa aos 48 meses de idade. Esse achado corrobora os encontrados em outros estudos^{9,28}, que mostraram que o consumo de AUP foi maior entre as crianças que não recebiam aleitamento materno comparadas àquelas que ainda mamavam. A relação da amamentação com consumo de alimentos ultraprocessados não foi amplamente estudada, mas a literatura associa a amamentação à um melhor perfil alimentar^{29,30}.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. O instrumento utilizado para a coleta de dados alimentares não permite uma estimativa de consumo energético de forma individual, visto que não sabemos a quantidade de alimentos ultraprocessados consumido, pois o questionário alimentar utilizado na coorte de nascimentos de 2015 é qualitativo e não quantitativo. Ainda, a partir do instrumento utilizado, não foi possível realizar o ajuste do consumo de AUP por energia. Porém, alguns inquéritos de saúde nacional como a PNS, PNDS e VIGITEL utilizam uma medida similar à utilizada neste estudo, cujos questionários também avaliam somente a frequência do consumo alimentar e não sua quantidade. Por outro lado, um dos pontos fortes deste trabalho é o fato

dos dados serem de um estudo de coorte de base populacional, com um grande tamanho amostral e um grande índice de acompanhamento das crianças até os 48 meses de vida, permitindo que os resultados aqui encontrados sejam generalizados para cidades de médio porte.

Este estudo mostrou que o consumo habitual de alimentos ultraprocessados por crianças da Coorte de Nascimentos de 2015 da cidade de Pelotas/RS é bastante elevado e o risco de consumir habitualmente esses alimentos aumenta com a idade, causando um efeito negativo na dieta das crianças, visto que são alimentos caracterizados por alto teor calórico, grande quantidade de gordura saturada e sódio e baixo teor de fibras e proteínas.

Nossos resultados reforçam a necessidade de ações de medidas preventivas e ações de educação alimentar e nutricional voltadas às crianças, aos pais e aos profissionais de saúde, responsáveis por orientações nutricionais, visto que a infância é um importante período para o incentivo e desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis. Ainda são insuficientes os estudos sobre o consumo de alimentos ultraprocessados em crianças com idade pré-escolar. Nesse sentido, sugere-se mais pesquisas sobre os determinantes deste consumo e sobre intervenções para modificar este cenário.

Referências

- 1 Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, de Castro IRR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr.* 20 de dezembro de 2010;14(1):5–13.
- 2 Heitor SFD, Rodrigues LR, Santiago LB. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. *Cienc Cuid Saúde.* 8 de janeiro de 2011;10(3):430–6.
- 3 Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciênc saúde coletiva.* julho de 2019;24(7):2387–97.
- 4 Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Jaime P, Martins AP, et al. NOVA. The star shines bright. *World Nutr.* 2016;7(1-3):28-38
- 5 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: MS; 2013.
- 6 Silveira PP, Portella AK, Goldani MZ, Barbieri MA. Developmental origins of

health and disease (DOHaD). *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(6):494-504

7 Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saúde Pública*. agosto de 2013;47(4):656–65.

8 dos Santos Costa C, Formoso Assunção MC, dos Santos Vaz J, Rauber F, Oliveira Bierhals I, Matijasevich A, et al. Consumption of ultra-processed foods at 11, 22 and 30 years at the 2004, 1993 and 1982 Pelotas Birth Cohorts. *Public Health Nutr*. fevereiro de 2021;24(2):299–308.

9 Relvas GRB, Buccini G dos S, Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *Jornal de Pediatria*. setembro de 2019;95(5):584–92.

10 Karnopp EVN, Vaz J dos S, Schafer AA, Muniz LC, Souza R de LV de, Santos I dos, et al. Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. *Jornal de Pediatria*. janeiro de 2017;93(1):70–8.

11 BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. *Cadernos de Atenção Básica*; Brasília: 2015; 23(1)

12 Hallal PC, Bertoldi AD, Domingues MR, da Silveira MF, Demarco FF, da Silva ICM, et al. Cohort Profile: The 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*. 1º de agosto de 2018;47(4):1048–1048h.

13 WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO; 2006. 312 p.

14 Barros AJD, Victora CG. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. Madise N, organizador. *PLoS Med*. 7 de maio de 2013;10(5):e1001390.

15 Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Louzada MLC, Machado PP. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome: FAO; 2019

16 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 primeiros resultados; Brasil e grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, organizador. Pesquisa de orçamentos familiares, 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 8 p.

18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, organizador. Pesquisa de orçamentos familiares, 2017-2018: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. 64 p.

19 Garden FL, Marks GB, Almqvist C, Simpson JM, Webb KL. Infant and early childhood dietary predictors of overweight at age 8 years in the CAPS population. *Eur J Clin Nutr.* abril de 2011;65(4):454–62.

20 Flores TR, Neves RG, Wendt A, Costa CS, Bertoldi AD. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* **[periódico na internet]** (2020/Jul). [Citado em 2021 jan 06]. **Disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/padroes-de-consumo-alimentar-em-criancas-menores-de-dois-anos-no-brasil-pesquisa-nacional-de-saude-2013/17702?id=17702>

21 Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition Reviews.* janeiro de 2012;70(1):3–21.

22 Soares ALG, França GVAD, Gonçalves H. Household food availability in Pelotas, Brazil: An approach to assess the obesogenic environment. *Rev Nutr.* abril de 2014;27(2):193–203.

23 Saldiva SRDM, Venancio SI, de Santana AC, da Silva Castro AL, Escuder MML, Giugliani ERJ. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutr J.* dezembro de 2014;13(1):33.

24 Monteiro CA, Cannon G, Moubarac J-C, Levy RB, Louzada MLC, Jaime PC. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutr.* janeiro de 2018;21(1):5–17.

25 on behalf the EDEN mother-child cohort study group, Camara S, de Lauzon-Guillain B, Heude B, Charles M-A, Botton J, et al. Multidimensionality of the relationship between social status and dietary patterns in early childhood: longitudinal results from the French EDEN mother-child cohort. *Int J Behav Nutr Phys Act.* dezembro de 2015;12(1):122.

26 Smithers LG, Brazionis L, Golley RK, Mittinty MN, Northstone K, Emmett P, et al. Associations between dietary patterns at 6 and 15 months of age and sociodemographic factors. *Eur J Clin Nutr.* junho de 2012;66(6):658–66.

27 Toloni MH de A, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JA de AC. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr.* fevereiro de 2011;24(1):61–70.

28 Lopes WC, Pinho L de, Caldeira AP, Lessa A do C. Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. *Rev paul pediatr.* 2020;38:e2018277.

29 Passanha A, Benício MHD, Venâncio SI. Influência do aleitamento materno sobre o consumo de bebidas ou alimentos adoçados. Rev paul pediatr. 8 de janeiro de 2018;36(2):148–54.

30 Brazil, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, organizadores. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006, dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009. 298 p. (Série G. Estatística e informação em saúde).

Tabela 1 - Descrição da amostra segundo características sociodemográficas e obesidade. Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	2.111	49,4
Masculino	2.164	50,6
Cor da pele da mãe		
Branca	3.024	70,9
Preta	667	15,6
Morena/Parda	551	12,9
Renda familiar		
Q1 (mais pobre)	846	19,8
Q2	859	20,1
Q3	853	19,9
Q4	856	20,0
Q5 (mais ricos)	859	20,1
Escolaridade da mãe		
0-4 anos de estudo	391	9,2
5-8 anos de estudo	1.095	25,6
9-11 anos de estudo	1.458	34,1
12 ou mais anos de estudo	1.330	31,1
Idade da mãe		
Menor de 20 anos de idade	623	14,6
De 20 a 34 anos de idade	3.018	70,6
35 anos de idade ou mais	633	14,8
Criança frequenta creche aos 24 meses		
Não	2.940	73,3
Sim	1.071	26,7
Criança tem irmão(s)		
Não	2.174	50,9
Sim	2.100	49,1
Status de amamentação até os 12 meses		
Amamentação parcial	1.653	41,2
Desmamados	2.359	58,8
Obesidade aos 12 meses		
Não	3.447	87,7
Sim	484	12,3

*O número máximo de observações ignoradas foi 343 (14,66%) na variável obesidade aos 12 meses

Tabela 2 - Consumo habitual de alimentos ultraprocessados. Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015.

Número de alimentos ultraprocessados consumidos habitualmente	24 meses
	(%)
0	1,5
1	5,9
2	10,8
3	13,9
4	14,6
5	13,1
6	12,9
7	11,8
8	10,9
9	4,6

Tabela 3 - Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados, aos 24 meses. Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015.

	Bruta			Ajustada		
	RP	p-valor	IC 95%	RP	p-valor	IC 95%
Sexo		0.699			0.804	
Masculino	0.99		0.91; 1.05	0.99		0.92; 1.06
Feminino	ref		-	ref		
Cor da pele da mãe		<0.001			<0.001	
Branca	ref		-	ref		
Preta	1.65		1.51; 1.80	1.29		1.19; 1.41
Morena/Parda	1.55		1.41; 1.71	1.20		1.09; 1.32
Renda familiar		<0.001			0.004	
Q1 (mais pobre)	3.22		2.74; 3.79	1.41		1.18; 1.68
Q2	2.74		2.32; 3.24	1.39		1.17; 1.66
Q3	2.33		1.96; 2.76	1.35		1.13; 1.61
Q4	1.99		1.68; 2.38	1.37		1.14; 1.63
Q5 (mais ricos)	ref		-	ref		-
Escolaridade da mãe (anos)		<0.001			<0.001	
0-4	4.37		3.78; 5.04	3.30		2.79; 3.90
5-8	3.60		3.14; 4.13	2.70		2.31; 3.17
9-11	2.51		2.18; 2.89	2.07		1.78; 2.42
12 ou mais	ref		-	ref		
Idade da mãe (anos)		<0.001			<0.001	
<20	2.57		2.20; 3.00	1.62		1.39; 1.88
20 a 34	1.60		1.38; 1.86	1.40		1.22; 1.61
≥35 mais	ref		-	ref		
Criança frequenta creche		<0.001			0.865	
Não	1.41		1.28; 1.56	0.99		0.90; 1.09
Sim	ref		-	ref		-
Criança tem irmão(s)		<0.001			<0.001	
Não	ref		-	ref		-
Sim	1.25		1.16; 1.35	1.21		1.11; 1.31
Status de amamentação até os 12 meses		0.401			0.151	
Amamentação parcial	ref		-	ref		-
Desmamados	1.03		0.96; 1.12	1.05		0.98; 1.13
Obesidade aos 12 meses		0.874			0.472	
Não	ref		-	ref		-
Sim	1.01		0.90; 1.13	0.96		0.86; 1.07

*RP: razão de prevalência

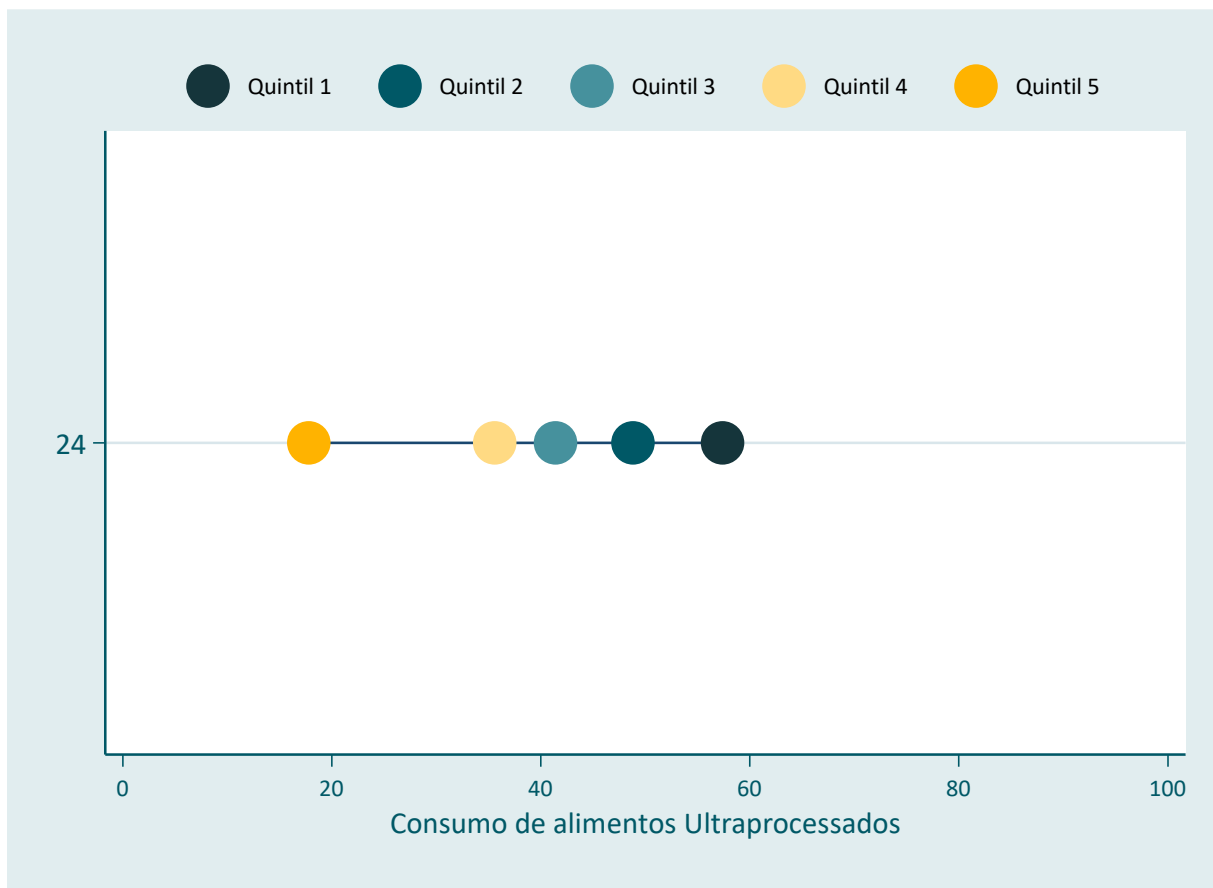


Figura 1- Indicadores de iniquidade socioeconômica aos 24 meses. Coorte de Nascimento de Pelotas de 2015.

Tabela suplementar 1 - Prevalência de consumo habitual de alimentos ultraprocessados. Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015.

Alimentos ultraprocessados	24 meses	
	N	%
Suco de caixinha ou engarrafado, suco em pó ou água de coco em caixinha	2.641	65,8
Refrigerantes	1.498	37,4
Macarrão Instantâneo	1.188	29,6
Nuggets, hamburguer ou embutidos	1.728	43,1
Salgadinho de pacote (Tipo Chips)	1.844	46,0
Iogurte	3.542	88,3
Biscoitos doces ou bolachas recheadas	2.587	64,5
Balas, pirulitos, chicletes, chocolates ou gelatina	2.582	64,4
Achocolatado adicionado ao leite	1.724	43,0
Prevalência de consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados	4.008	40,2

Tabela Suplementar 2 - Consumo habitual de alimentos ultraprocessados e fatores associados, aos 48 meses. Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015.

	Bruta			Ajustada		
	RP	p-valor	IC 95%	RP	p-valor	IC 95%
Sexo		0.804			0.619	
Masculino	1.01		0.96; 1.06	1.01		0.96; 1.06
Feminino	ref		-			
Cor da pele da mãe		<0.001			0.002	
Branca	ref		-	ref		-
Preta	1.29		1.22; 1.37	1.13		1.07; 1.20
Morena/Parda	1.22		1.14; 1.31	1.07		0.99; 1.14
Renda familiar		<0.001			0.004	
Q1 (mais pobre)	1.85		1.67; 2.04	1.25		1.09; 1.35
Q2	1.71		1.55; 1.89	1.20		1.08; 1.34
Q3	1.58		1.42; 1.75	1.18		1.07; 1.32
Q4	1.50		1.35; 1.67	1.23		1.11; 1.37
Q5 (mais ricos)	ref		-	ref		-
Escolaridade da mãe (anos)		<0.001			<0.001	
0-4	2.06		1.88; 2.25	1.77		1.60; 1.97
5-8	1.91		1.76; 2.07	1.65		1.50; 1.81
9-11	1.66		1.53; 1.80	1.50		1.37; 1.64
12 ou mais	ref		-	ref		-
Idade da mãe (anos)		<0.001			<0.001	
<20	1.73		1.56; 1.92	1.35		1.22; 1.49
20 a 34	1.34		1.21; 1.47	1.23		1.12; 1.35
≥35 mais	ref		-	ref		-
Criança frequenta creche		<0.001			0.152	
Não	1.27		1.18; 1.35	1.05		0.98; 1.12
Sim	ref		-	ref		-
Criança tem irmão(s)		0.002			0.038	
Não	ref		-	ref		-
Sim	1.09		1.03; 1.14	1.06		1.01; 1.13
Status de amamentação até os 12 meses		0.067			0.041	
Amamentação parcial	ref		-	ref		-
Desmamados	1.05		0.99; 1.10	1.06		1.00; 1.13
Obesidade aos 12 meses		0.073			0.247	
Não	ref		-	ref		-
Sim	1.07		0.99; 1.15	1.04		0.99; 1.10

*RP: razão de prevalência

NOTA À IMPRENSA

Pesquisa avalia consumo de alimentos ultraprocessados em crianças de Pelotas/RS

As transformações no estilo de vida e no comportamento alimentar da população brasileira têm provocado um aumento expressivo no consumo de alimentos ultraprocessados, que são introduzidos cada vez mais precocemente na alimentação infantil. Esse tipo de alimento é altamente industrializado e pobre do ponto de vista de valor nutritivo pois tem muitas calorias, alto teor de gordura, sódio e açúcar e pouco teor de fibras e proteínas. Este tipo de alimento deve ser evitado antes dos dois anos de vida, uma vez que seu consumo está associado à anemia, ao excesso de peso e a alergias alimentares, além de ter efeitos a longo prazo na saúde das crianças, predispondo-os ao desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta.

Com o propósito de avaliar a prevalência do consumo habitual de alimentos ultraprocessados em crianças nesta faixa etária e os principais fatores associados a este consumo, a nutricionista Anna Müller Pereira realizou uma pesquisa dentro do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Prof.^a Dra. Mariângela Freitas da Silveira e da Dra. Romina Buffarini. A pesquisa foi realizada com 4.275 crianças pertencentes à Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015, que tiveram o consumo alimentar avaliado aos 24 e aos 48 meses de idade.

Os resultados mostraram que a prevalência de consumo habitual de 6 ou mais alimentos ultraprocessados aos 24 meses de idade foi de 40,2%. Os resultados são alarmantes, devido às crescentes evidências de que esses alimentos devem ser evitados, visto que estão associados a uma deterioração geral da qualidade nutricional das dietas, além de favorecer o consumo excessivo de calorias.

O risco de consumo habitual de alimentos ultraprocessados foi maior em crianças de famílias mais pobres, cujo nível de escolaridade da mãe era mais baixo e em crianças filhas de mães mais jovens. Ainda, este risco foi maior em crianças de cor da pele preta, que possuíam irmãos e que não recebiam aleitamento materno.

Pretende-se que os resultados deste estudo reforcem a necessidade de ações de medidas preventivas e ações de educação alimentar e nutricional

voltadas às crianças, aos pais e aos profissionais da saúde que orientam sobre a alimentação dessas crianças, tendo em vista que a infância é um importante período para o incentivo e desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis.

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A:
QUESTIONÁRIO DO ESTUDO SAÚDE EM CASA

Número de identificação: <i>4 dígitos do setor + 4 dígitos do domicílio + 2 dígitos do(a) entrevistado(a) + 1 dígito do número de vezes que o questionário foi aberto. Ex.: no setor 1002, domicílio 13, quinta pessoa entrevistada na casa e na primeira vez que abriu o questionário para esta pessoa: 10020013051.</i>	id _____ _____
< BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É < ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. IREMOS ESTUDAR COMO ESTÁ A SAÚDE DOS ADULTOS MORADORES NA ZONA URBANA DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA. INICIALMENTE PRECISAMOS CONVERSAR COM O RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA E DEPOIS PRECISAREMOS ENTREVISTAR OS MORADORES COM 18 ANOS DE IDADE OU MAIS.	
BLOCO A: GERAL	
ESTE BLOCO DEVE SER APLICADO A TODOS OS INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS	
Entrevistadora: <i>Número do(a) entrevistador(a). Ex.: Entrevistadora 5, escreva "5". Não é necessário acrescentar zeros antes do 5.</i>	aentrev __
Data da entrevista: <i>DD/MM/AAAA</i>	adatae __/__/____ /____
Hora da entrevista: <i>Ex.: 16:45.</i>	ahora __: __
A1) Qual o nome do Sr.(a)? <i>Digite o nome completo, com letras minúsculas, sem a utilização de acentos e sem cedilha (ç).</i>	anome
A2) Qual é a idade do Sr.(a)? <i>Em anos completos. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	aidade ____
A3) Qual é data de nascimento do Sr.(a)? <i>DD/MM/AAAA. Selecione 01/01/2029 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	anasc __/__/____ /____
A4) Qual o sexo biológico do(a) entrevistado(a)? <i>Apenas observar e assinalar a resposta.</i> (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (9) IGN	asexo _
A5) O(a) Sr.(a) sabe ler ou escrever? (1) Sim (2) Só assina → <i>Pular para questão A7</i> (0) Não → <i>Pular para questão A7</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A7</i>	aler _

A6) O(a) Sr.(a) estudou e concluiu até que série? A6a) Anote o número: <i>Escreva 88 em caso de: não se aplica e 99 em caso de: não sabe/não quis informar</i>	aescnum _ _
A6b) Selecione a classificação: (1) Mobral (2) Primário (3) Secundário inferior/Ginásio (4) Primeiro Grau / Ensino Fundamental (5) Colegial / Normal/ Científico/ Magistério/ Segundo Grau / Ensino Médio/ Técnico (6) Nível Superior / Tecnólogo (7) Pós-Graduação (8) NSA (9) IGN	aescclass _
A7) Qual é o estado civil do(a) Sr.(a)? (1) Casado(a) → <i>Pular para questão A10</i> (2) Divorciado(a)/Separado(a) (3) Solteiro(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN → <i>Pular para questão A10</i>	amoracom _
A8) O(a) Sr.(a) mora com companheiro(a)? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	aestadociv _
A9) O(a) Sr.(a) tem namorado(a)? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	anamora _
A10) Qual a cor ou raça do(a) Sr.(a)? <i>Ler as alternativas.</i> (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (9) IGN	acor _
A11) A Sra. está grávida? <i>Perguntar apenas para mulheres</i> (1) Sim (2) Não sei (0) Não (8) NSA (9) IGN	agravidez _
A12) O(a) Sr.(a) tem filhos? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A13</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A13</i>	afilhos _

A12a) Quantos? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 em caso de NSA.</i>	afilhosn _ _
A13) O(a) Sr.(a) trabalhou alguma vez na vida? <i>Ler as alternativas.</i> (1) Sim, está trabalhando → <i>Pular para questão A15</i> (2) Trabalhou, mas não está trabalhando no momento (0) Não, nunca trabalhou → <i>Pular para questão A18</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A18</i>	atrabvid _
A14) Atualmente o(a) Sr.(a) está: <i>Ler as alternativas.</i> (1) Desempregado(a) (2) Aposentado(a) → <i>Pular para questão A18</i> (3) Encostado(a) ou afastado(a) com licença → <i>Pular para questão A18</i> (4) Outro → <i>Pular para questão A18</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A18</i>	atrabsitu _
A14a) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está desempregado(a)? <i>Anote o tempo em meses. IGN = 999; NSA = 888</i>	atrabsitua _ _ _
A15) Na maior parte dos dias da semana, o(a) Sr.(a) trabalha: A15a) De manhã? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	atrabmanh _
A15b) De tarde? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	atrabtard _
A15c) De noite? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	atrabnoite _
A16) No seu trabalho, o(a) Sr.(a) faz plantão? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A18</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A18</i>	aplantao _
A17) Pensando na maioria das vezes, qual o turno do plantão? (0) Diurno (1) Noturno (8) NSA (9) IGN	aplantaotur _

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO E ÁLCOOL:	
[Considere o período recordatório de 30 dias] A18) O(a) Sr.(a) fuma cigarro industrializado (pronto) ou feito a mão? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A19</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A20</i>	afumo _
A18a) Atualmente, quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por dia? <i>Em cigarros/dia. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888 em caso de NSA.</i>	afumocig _ _ _
A18b) Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? <i>Em anos. Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Regularmente significa "1 cigarro por dia nos últimos 30 dias". Escreva 88 em caso de NSA.</i>	afumoidade _ _
A18c) No tempo todo em que o(a) Sr.(a) fuma, quantos cigarros em média o(a) Sr.(a) fuma por dia? <i>Em cigarros/dia. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888 em caso de NSA.</i>	afumocigm _ _ _
A19) Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) fumou cigarro? <i>Se o entrevistado fumou menos do que 20 carteiras de cigarro na vida, ou menos do que 1 cigarro por dia em 1 ano, então codifique como "não".</i> (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A20</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A20</i>	aexfumo _
A19a) Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? <i>Em anos. Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 em caso de NSA.</i>	aexfumoini _ _
A19b) Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando parou totalmente de fumar cigarros? <i>Em anos. Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 em caso de NSA.</i>	aexfumofim _ _
A20) O(a) Sr.(a) consome alguma bebida de álcool? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para SEÇÃO 1</i> (9) IGN → <i>Pular para SEÇÃO 1</i>	aalcool _
A21) Quantas vezes o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas? <i>Ler as alternativas.</i> (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 4 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (0) Nunca (8) NSA (9) IGN	aalcofreq _

A22) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses o(a) Sr.(a) consome em geral ao beber < mostrar Figura 1>? <i>Ler as alternativas.</i> (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais (8) NSA (9) IGN	aalcodose _
A23) Com que frequência o(a) Sr.(a) toma seis ou mais doses de uma vez? (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 4 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (0) Nunca (8) NSA (9) IGN	aalco6dose _
A24) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 4 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (0) Nunca (8) NSA (9) IGN	aalcoparar _
A25) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) não conseguiu fazer o que esperava por conta do uso do álcool? (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 4 vezes por semana (4), 4 ou mais vezes por semana (0) Nunca (8) NSA (9) IGN	aalcoespera _
A26) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior? (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 4 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (0) Nunca (8) NSA (9) IGN	aalcomanha _
A27) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) se sentiu culpado(a) ou com remorso depois de ter bebido? (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 4 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (0) Nunca (8) NSA (9) IGN	aalcoculpa _

A28) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido a bebida? (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 4 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (0) Nunca (8) NSA (9) IGN	aalcomemor _
A29) Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) já causou ferimentos ou prejuízos ao(à) Sr.(a) mesmo(a) ou a outra pessoa após ter bebido? <i>Ler as alternativas.</i> (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses (0) Não (8) NSA (9) IGN	aalcoferim _
A30) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da Saúde já se preocupou com o fato de o(a) Sr.(a) beber ou já sugeriu que o(a) Sr.(a) parasse com o uso do álcool? <i>Ler as alternativas.</i> (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses (0) Não (8) NSA (9) IGN	aalcopreoc _
Pontuação Total <i>Somar a pontuação das perguntas A20 a A30 e contabilizar o resultado final. Se o entrevistado apresentar uma pontuação maior que '7' faça o encaminhamento.</i>	audittotal _ _
SEÇÃO 1: ALIMENTAÇÃO	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO. PARA RESPONDER ÀS PRÓXIMAS PERGUNTAS PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, OU SEJA, DESDE < DIA> DA SEMANA PASSADA ATÉ HOJE.	
A31) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu arroz, macarrão, mandioca/aipim ou batata (cozida ou assada)? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amcarbo _
A32) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu legumes ou verduras cozidos ou crus? Batata e mandioca/aipim não devem ser considerados <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amlegver _
A33) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu frutas frescas? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amfrutas _
A34) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) tomou suco natural de frutas? (preparado com a fruta fresca) <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amsuco _
A35) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu feijão, ervilha ou lentilha? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amlegumi _

A36) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) tomou leite de vaca? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amleite _
A37) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu carne (boi, porco, ovelha, frango/galinha, peixe) <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amcarne _
A38) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu bolacha/biscoito salgado ou salgadinho de pacote? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	ambissal _
A39) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu bolacha/biscoito doce ou bolacha recheada? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	ambisdo _
A40) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu alimentos embutidos, tais como salsicha, presunto, mortadela, salame ou linguiça? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amembut _
A41) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu produtos industrializados congelados e prontos para consumo, tais como lasanha, pizza, hambúrguer ou nuggets? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amcongel _
A42) Desde < dia da semana passada >, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu lanches, cachorros quente, baurus, fast foods, salgados ou pizzas? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amffood _
A43) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu alimentos doces, tais como chocolates, balas, sorvetes, gelatinas? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amdoces _
A44a) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) tomou refrigerante normal, sucos artificiais (lata, caixa ou em pó) ou bebidas achocolatadas? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN.</i>	amrefri _
A44b) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) tomou refrigerante zero, sucos artificiais (lata, caixa ou em pó) ou bebidas achocolatadas light/diet/sem adição de açúcar? <i>Em dias. 0 = não comeu e 9 = IGN</i>	amrefrizero _
A45) O Sr.(a) costuma adicionar açúcar nas bebidas (suco natural de frutas, café, chá)? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para SEÇÃO 2</i> (9) IGN → <i>Pular para SEÇÃO 2</i>	amacuad _
A46) Quantas colheres (de chá) de açúcar o(a) Sr.(a) costuma adicionar? <i>Em colheres de chá. 0 = nenhuma; 88 = NSA e 99 = IGN.</i>	amqacuad _ _
SEÇÃO 2: ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER	
ESTA SEÇÃO REFERE-SE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) FEZ NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO OU LAZER.	

A47) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por, pelo menos, 10 minutos seguidos no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho. (0) nenhum dia → <i>Pular para questão A49</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A49</i>	icqdia _
A48) Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? <i>Anotar o tempo médio em minutos/dia. Para calcular a média, some o tempo de cada dia que o(a) entrevistado(a) informou e divida pelo número de dias informados. Ex.: "Eu caminhei dois dias, 50 minutos em um e 30 minutos no outro": a média será $(50 + 30)/2 = 40$ minutos/dia. 0 = nenhum; 999 = IGN; 888 = NSA.</i>	icqtem _ _ _
PARA RESPONDER ÀS PRÓXIMAS QUESTÕES CONSIDERE QUE: • ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS FORTE QUE O NORMAL; • ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTE QUE O NORMAL.	
A49) Desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades FORTES no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido? (0) nenhum dia → <i>Pular para questão A51</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A51</i>	icqdvig _
A50) Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades FORTES no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? <i>Anotar o tempo médio em minutos/dia. Para calcular a média, some o tempo de cada dia que o(a) entrevistado(a) informou e divida pelo número de dias informados. Ex.: "Eu fiz atividades fortes em dois dias, 50 minutos em um e 30 minutos no outro": a média será $(50 + 30)/2 = 40$ minutos/dia. 0 = nenhum; 999 = IGN e 888 = NSA.</i>	icqtvig _ _ _
A51) Sem considerar as caminhadas, desde < dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis? (0) nenhum dia → <i>Pular para questão A53</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A53</i>	icqdmmod _
A52) Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades MÉDIAS no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? <i>Anotar o tempo médio em minutos/dia. Para calcular a média, some o tempo de cada dia que o(a) entrevistado(a) informou e divida pelo número de dias informados. Ex.: "Eu fiz atividades médias em dois dias, 50 minutos em um e 30 minutos no outro": a média será $(50 + 30)/2 = 40$ minutos/dia. 0 = nenhum; 999 = IGN e 888 = NSA.</i>	icqtmmod _ _ _
AGORA FALAREMOS SOBRE COMO O(A) SR.(A) SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO VAI FAZER COMPRAS, VISITAR AMIGOS OU FAMILIARES.	
A53) Desde < dia da semana passada>, quantos dias o(a) Sr.(a) usou a bicicleta para ir de um lugar a outro? (0) nenhum dia → <i>Pular para questão A55</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A55</i>	icqddb _

A54) Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedalou por dia? <i>Anotar o tempo médio em minutos/dia. Para calcular a média, some o tempo de cada dia que o(a) entrevistado(a) informou e divida pelo número de dias informados. Ex.: "Eu pedalei dois dias, 50 minutos em um e 30 minutos no outro": a média será $(50 + 30)/2 = 40$ minutos/dia. 0 = nenhum; 888 = NSA e 999 = IGN.</i>	icqtb _ _ _
A55) Desde < dia da semana passada>, quantos dias por semana o(a) Sr.(a) caminhou para ir de um lugar a outro? (0) nenhum dia → <i>Pular para questão A57</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A57</i>	icqdc _
A56) Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) caminhou por dia? <i>Anotar o tempo médio em minutos/dia. Para calcular a média, some o tempo de cada dia que o(a) entrevistado(a) informou e divida pelo número de dias informados. Ex.: "Eu caminhei dois dias, 50 minutos em um e 30 minutos no outro": a média será $(50 + 30)/2 = 40$ minutos/dia. 0 = nenhum; 888 = NSA e 999 = IGN.</i>	icqtc _ _ _
AGORA ESSA PERGUNTA SE REFERE A UM DIA DA SEMANA NORMAL	
A57) Quanto tempo por dia o(a) Sr.(a) fica sentado(a) em um dia de semana normal? <i>Anotar o tempo médio em horas/dia. Para calcular a média, some o tempo de cada dia que o(a) entrevistado(a) informou e divida pelo número de dias informados. Ex.: "Eu fico sentado por 6 horas na terça e quinta e por 4 horas na segunda, quarta e sexta": a média será $(4+6+4+6+4)/5 = 4,8$ horas/dia. Use apenas uma casa decimal. 0 = nenhum e 99 = IGN.</i>	icqtsa _ _ , _
SEÇÃO 3: SONO	
AS SEGUINTEs QUESTÕES SE REFEREM AOS SEUS HORÁRIOS DE SONO E HÁBITOS DE DORMIR EM DIAS DE SEMANA E EM FINAIS DE SEMANA. POR FAVOR, RESPONDA AS QUESTÕES DE ACORDO COM A SUA ROTINA SEMANAL, BASEADA NOS SEUS HÁBITOS E O QUE ACONTECEU NA MAIORIA DOS DIAS E NOITES NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. OBSERVE A CARTELA DE FIGURAS E RESPONDA ÀS PERGUNTAS. [Ao responder às questões abaixo, use a escala das 24 horas, por exemplo, 23:00 em vez de 11:00.] NOS DIAS DE SEMANA	
A58) Nas últimas 4 semanas, a que horas o(a) Sr.(a) foi para a cama na maioria das vezes? Mostrar figura 1 da cartela. <i>Escreva 99:99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono1 _ _ : _ _
A59) Algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama (Mostrar a figura 2). Nas últimas 4 semanas, a que horas o(a) Sr.(a) esteve realmente pronto(a) para dormir na maioria das vezes? (Mostrar a figura 3 da cartela). <i>Escreva 99:99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono2 _ _ : _ _
A60) Nas últimas 4 semanas, quantos minutos o(a) Sr.(a) necessitou para adormecer na maioria das vezes? (Mostrar figura 4 da cartela). <i>Em minutos. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono3 _ _
A61) Nas últimas 4 semanas, a que horas o(a) Sr.(a) acordou na maioria das vezes? (Mostrar figura 5 da cartela) <i>Escreva 99:99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono4 _ _ : _ _

A62) Nas últimas 4 semanas, depois de acordar, quantos minutos, o(a) Sr.(a) levou para se levantar na maioria das vezes? (Mostrar figura 6 da cartela) <i>Em minutos. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono5 __ __
AGORA RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO BASEADO NOS SEUS FINAIS DE SEMANA, QUANDO O(A) SR(A) PODE DESCANSAR.	
A63) Nas últimas 4 semanas, a que horas o(a) Sr.(a) foi para a cama na maioria das vezes? (Mostrar figura 1 da cartela) <i>Escreva 99:99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono6 __ __: --
A64) Algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que estão na cama (Mostrar a figura 2). Nas últimas 4 semanas, a que horas o Sr.(a) esteve realmente pronto(a) para dormir na maioria das vezes? (Mostrar a figura 3 da cartela) <i>Escreva 99:99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono7 __ __: --
A65) Nas últimas 4 semanas, quantos minutos o(a) Sr.(a) necessitou para adormecer na maioria das vezes? (Mostrar figura 4 da cartela) <i>Em minutos. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono8 __ __
A66) Nas últimas 4 semanas, a que horas o(a) Sr.(a) acordou na maioria das vezes? (Mostrar figura 5 da cartela) <i>Escreva 99:99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono9 __ __: --
A67) Nas últimas 4 semanas, depois de acordar, quantos minutos, o(a)Sr.(a) levou para se levantar na maioria das vezes? (Mostrar figura 6 da cartela) <i>Em minutos. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	Irdusono10 __ __
AGORA VAMOS CONTINUAR CONVERSANDO SOBRE O SEU SONO.	
A68) Nas últimas quatro semanas, quantas noites por semana o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Menos de uma vez por semana → <i>Pular para questão A70</i> (1) Uma a duas vezes por semana → <i>Pular para questão A70</i> (2) Três a cinco vezes por semana (3) Quase todos os dias (9) IGN → <i>Pular para questão A70</i>	bb01 _
A69) O quanto o(a) Sr.(a) considera que sua dificuldade para pegar no sono interfere nas suas atividades diárias (por exemplo: sentir fadiga diária, dificuldade para trabalhar/executar atividades, concentração, memória, humor, etc)? <i>Ler as alternativas.</i> (1) Não interfere (2) Interfere quase nada (3) Interfere pouco (4) Interfere muito (5) Interfere extremamente (8) NSA (9) IGN	bb02 _

A70) Nas últimas quatro semanas, quantas noites por semana o(a) Sr.(a) acordou no meio da noite e teve dificuldade para voltar a dormir? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Menos de uma vez por semana → <i>Pular para questão A72</i> (1) Uma a duas vezes por semana → <i>Pular para questão A72</i> (2) Três a cinco vezes por semana (3) Quase todos os dias (9) IGN → <i>Pular para questão A72</i>	bb03 _
A71) O quanto o(a) Sr.(a) considera que acordar no meio da noite e ter dificuldade para voltar a dormir interfere nas suas atividades diárias (por exemplo: sentir fadiga diária, dificuldade para trabalhar/executar atividades, concentração, memória, humor, etc)? <i>Ler as alternativas.</i> (1) Não interfere (2) Interfere quase nada (3) Interfere pouco (4) Interfere muito (5) Interfere extremamente (8) NSA (9) IGN	bb04 _
A72) Nas últimas quatro semanas, quantas noites por semana o(a) Sr.(a) acordou muito cedo de manhã e não conseguiu voltar a dormir? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Menos de uma vez por semana → <i>Pular para questão A74</i> (1) Uma a duas vezes por semana → <i>Pular para questão A74</i> (2) Três a cinco vezes por semana (3) Quase todos os dias (9) IGN → <i>Pular para questão A74</i>	bb05 _
A73) O quanto o(a) Sr.(a) considera que acordar muito cedo de manhã e não conseguir voltar a dormir interfere nas suas atividades diárias (por exemplo: sentir fadiga diária, dificuldade para trabalhar/executar atividades, concentração, memória, humor, etc)? <i>Ler as alternativas.</i> (1) Não interfere (2) Interfere quase nada (3) Interfere pouco (4) Interfere muito (5) Interfere extremamente (8) NSA (9) IGN	bb06 _
A74) Nas últimas quatro semanas, quantas noites por semana o(a) Sr.(a) acordou várias vezes durante a noite, mas logo voltava a dormir? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Menos de uma vez por semana → <i>Pular para SEÇÃO 4</i> (1) Uma a duas vezes por semana → <i>Pular para SEÇÃO 4</i> (2) Três a cinco vezes por semana (3) Quase todos os dias (9) IGN → <i>Pular para SEÇÃO 4</i>	bb07 _

A75) O quanto o(a) Sr.(a) considera que acordar várias vezes durante a noite, mas logo voltar a dormir interfere nas suas atividades diárias (por exemplo: sentir fadiga diária, dificuldade para trabalhar/executar atividades, concentração, memória, humor, etc)? <i>Ler as alternativas.</i> (1) Não interfere (2) Interfere quase nada (3) Interfere pouco (4) Interfere muito (5) Interfere extremamente (8) NSA (9) IGN	bb08 _
SEÇÃO 4: MEDICAMENTOS	
PARA RESPONDER ÀS PRÓXIMAS PERGUNTAS, PENSE NOS MEDICAMENTOS QUE O(A) SR.(A) TOMOU NOS ÚLTIMOS 15 DIAS.	
A76) Nos últimos 15 dias, o(a) Sr.(a) tomou algum remédio para dormir ou para os nervos? <i>Mostre o cartão 3 ao entrevistado.</i> (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A88</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A88</i>	mbdzsn _
A77) O(a) Sr.(a) pode me mostrar a(s) caixa(s), cartela(s) e/ou receita(s) desse(s) remédio(s)? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	mbdz _
A77.1) Remédio 1: <i>Se a caixa, cartela ou receita estiverem disponíveis, anote o número correspondente ao nome do medicamento, conforme “lista de códigos de benzodiazepínicos (CARTÃO 3A)”.</i> <i>Se a caixa, cartela ou receita não estiver disponível, pergunte:</i> Qual o(s) nome(s) do(s) remédio(s) para dormir ou para os nervos que o(a) Sr.(a) toma? 84 = Outro; 88 = NSA 97 = Não lembra o nome, mas era tarja preta ou necessitava de receituário azul ou branco de controle especial 98 = Não lembra o nome, mas <u>não</u> era tarja preta nem necessitava de receituário azul ou branco de controle especial 99 = IGN (não quis responder) <i>Se a resposta for "Outro", escreva qual é esse medicamento na questão A77.1a. Caso contrário, pule para a questão A77.1b.</i>	mbdz1 _ _
A77.1a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8=NSA; 9=IGN (não quis responder).</i>	mbdz1a

A77.1b) O(a) Sr.(a) toma algum outro remédio para dormir ou para os nervos? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A78.1</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A78.1</i>	mboutrem2 _
A77.2) Remédio 2 <i>Se a caixa, cartela ou receita estiverem disponíveis, anote o número correspondente ao nome do medicamento, conforme “lista de códigos de benzodiazepínicos (CARTÃO 3A)”.</i> <i>Se a caixa, cartela ou receita não estiver disponível, pergunte:</i> Qual o(s) nome(s) do(s) remédio(s) para dormir ou para os nervos que o(a) Sr.(a) toma? 84 = Outro; 88 = NSA 97 = Não lembra o nome, mas era tarja preta ou necessitava de receituário azul ou branco de controle especial 98 = Não lembra o nome, mas <u>não</u> era tarja preta nem necessitava de receituário azul ou branco de controle especial 99 = IGN (não quis responder) Se a resposta for "Outro", escreva qual é esse medicamento na questão A77.2a. Caso contrário, pule para a questão A77.2b.	mbdz2 _ _
A77.2a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8=NSA; 9=IGN (não quis responder).</i>	mbdz2a
A77.2b) O(a) Sr.(a) toma algum outro remédio para dormir ou para os nervos? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A78.1</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A78.1</i>	mboutrem3 _
A77.3) Remédio 3 <i>Se a caixa, cartela ou receita estiverem disponíveis, anote o número correspondente ao nome do medicamento, conforme “lista de códigos de benzodiazepínicos (CARTÃO 3A)”.</i> <i>Se a caixa, cartela ou receita não estiver disponível, pergunte:</i> Qual o(s) nome(s) do(s) remédio(s) para dormir ou para os nervos que o(a) Sr.(a) toma? 84 = Outro; 88 = NSA 97 = Não lembra o nome, mas era tarja preta ou necessitava de receituário azul ou branco de controle especial 98 = Não lembra o nome, mas <u>não</u> era tarja preta nem necessitava de receituário azul ou branco de controle especial 99 = IGN (não quis responder) Se a resposta for "Outro", escreva qual é esse medicamento na questão A77.3a. Caso contrário, pule para a questão A77.3b.	mbdz3 _ _
A77.3a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8=NSA; 9=IGN (não quis responder)</i>	mbdz3a

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O REMÉDIO 1	
A78.1) Anote a concentração do remédio 1. Se a caixa, cartela ou receita não estiver disponível, pergunte: Quantas miligramas tem esse remédio? Anote apenas os números, com vírgula se houver. 888=NSA; 999=IGN.	mbconc1 _ _ _
A79.1) O(a) Sr.(a) usa esse remédio de forma contínua, regularmente, sem data para parar? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	mbcont1 _
A80.1) Nos últimos 15 dias, quantas vezes por dia o(a) Sr.(a) usou este remédio? Considere o uso na maioria dos dias. (2) Uma vez ao dia → <i>Pular para questão A81.1</i> (3) Duas vezes ao dia → <i>Pular para questão A81.1</i> (4) Mais de duas vezes ao dia (5) Uma vez por semana → <i>Pular para questão A81.1</i> (6) Mais de uma vez por semana (7) Uma vez ao mês → <i>Pular para questão A81.1</i> (10) Mais de uma vez ao mês (11) Sempre que se sente os sintomas da doença → <i>Pular para questão A81.1</i> (12) De vez em quando → <i>Pular para questão A81.1</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A81.1</i>	mbxdia1 _ _
A80.1a) Informe a quantidade de vezes: Anote o número de vezes que tomou o remédio no dia, na semana ou no mês, conforme assinalado na questão acima. Escreva apenas números. 88 = NSA; 99 = IGN.	mbqtd1 _ _
A81.1) Quantas unidades o(a) Sr.(a) usou em cada vez, em comprimidos ou gotas? Considere o uso na maioria dos dias. Anote somente o número, com barra (/) se necessário. A unidade (comprimidos, gotas, mililitros) será na próxima questão. 888= NSA; 999= IGN.	mbncp1 _ _ _
A82.1) Unidade: (2) Comprimidos/Cápsulas (3) Gotas (4) Mililitros (mL) (8) NSA (9) IGN	mbunipc1 _
A83.1) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está tomando esse remédio? Anote apenas o número, a unidade de tempo (dias, semanas, meses, anos) será na próxima questão. 888= NSA; 999= IGN.	mbtemp1 _ _ _
A84.1) Unidade de tempo (2) Dias (3) Semanas (4) Meses (5) Anos (8) NSA (9) IGN	mbunite1 _

A85.1) Por qual motivo o(a) Sr.(a) toma esse remédio? <i>Se o entrevistado relatar mais de um motivo para uso de um medicamento, marque todos os motivos. Se marcar "outro", escreva qual é esse motivo na questão A85.1a; caso contrário, pule para a questão A86.1.</i> (2) Para dormir/insônia (3) Para os nervos/ansiedade (4) Depressão/tristeza (5) Dor (6) Para os músculos/relaxante muscular (7) Convulsão/epilepsia (10) Outro (8) NSA (9) IGN	mbmoti1 __ __ __ __
A85.1a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 9=NSA; 9=IGN.</i>	mbmoti1a
A86.1) Quem indicou o remédio para o(a) Sr.(a)? <i>Se responder somente "médico" ou "dentista", pergunte se o médico ou dentista é do SUS ou particular/convênio, e assinale a alternativa correspondente.</i> (2) Médico do SUS (3) Médico particular/convênio (4) Dentista do SUS (5) Dentista particular/convênio (6) Balconista da farmácia (7) Esposo(a)/companheiro(a) (10) Parente/amigo(a)/vizinho(a) (11) Pesquisou na internet (12) Ninguém (ele/a tomou por conta própria) (8) NSA (9) IGN	mbindic1 __
A87.1) O(a) Sr.(a) está fazendo acompanhamento com médico para o problema que levou o(a) Sr.(a) a usar este medicamento? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	mbseg1 _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O REMÉDIO 2	
A78.2) Anote a concentração do remédio 2. <i>Se a caixa, cartela ou receita não estiver disponível, pergunte: Quantas miligramas tem esse remédio? Anote apenas os números, com vírgula se houver. 888=NSA; 999=IGN.</i>	mbconc2 _ _ _
A79.2) O(a) Sr.(a) usa esse remédio de forma contínua, regularmente, sem data para parar? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	mbcont2 _

A80.2) Nos últimos 15 dias, quantas vezes por dia o(a) Sr.(a) usou este remédio? <i>Considere o uso na maioria dos dias.</i> (2) Uma vez ao dia → <i>Pular para questão A81.2</i> (3) Duas vezes ao dia → <i>Pular para questão A81.2</i> (4) Mais de duas vezes ao dia (5) Uma vez por semana → <i>Pular para questão A81.2</i> (6) Mais de uma vez por semana (7) Uma vez ao mês → <i>Pular para questão A81.2</i> (10) Mais de uma vez ao mês (11) Sempre que se sente os sintomas da doença → <i>Pular para questão A81.2</i> (12) De vez em quando → <i>Pular para questão A81.2</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A81.2</i>	mbxdia2 __
A80.2a) Informe a quantidade de vezes: <i>Anote o número de vezes que tomou o remédio no dia, na semana ou no mês, conforme assinalado na questão acima. Escreva apenas números.</i> 88 = NSA; 99 = IGN.	mbqtd2 __
A81.2) Quantas unidades o(a) Sr.(a) usou em cada vez, em comprimidos ou gotas? <i>Considere o uso na maioria dos dias. Anote somente o número, com barra(/) se necessário. A unidade (comprimidos, gotas, mililitros) será na próxima questão.</i> 888=NSA; 999=IGN.	mbncp2 ___
A82.2) Unidade: (2) Comprimidos/Cápsulas (3) Gotas (4) Mililitros (mL) (8) NSA (9) IGN	mbunicp2 _
A83.2) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está tomando esse remédio? <i>Anote apenas o número, a unidade de tempo (dias, semanas, meses, anos) será na próxima questão.</i> 888=NSA; 999=IGN.	mbtemp2 ___
A84.2) Unidade de tempo (2) Dias (3) Semanas (4) Meses (5) Anos (8) NSA (9) IGN	mbunite2 _
A85.2) Por qual motivo o(a) Sr.(a) toma esse remédio? <i>Se o entrevistado relatar mais de um motivo para uso de um medicamento, marque todos os motivos. Se marcar "outro", escreva qual é esse motivo na questão A85.2a; caso contrário, pule para a questão A86.2.</i> (2) Para dormir/insônia (3) Para os nervos/ansiedade (4) Depressão/tristeza (5) Dor (6) Para os músculos/relaxante muscular (7) Convulsão/epilepsia (10) Outro (8) NSA (9) IGN	mbmoti2 __ ____ ____ ____

A85.2a) Qual? Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.	mbmoti2a
A86.2) Quem indicou o remédio para o(a) Sr.(a)? Se responder somente "médico" ou "dentista", pergunte se o médico ou dentista é do SUS ou particular/convênio, e assinale a alternativa correspondente. (2) Médico do SUS (3) Médico particular/convênio (4) Dentista do SUS (5) Dentista particular/convênio (6) Balconista da farmácia (7) Esposo(a)/companheiro(a) (10) Parente/amigo(a)/vizinho(a) (11) Pesquisou na internet (12) Ninguém (ele/a tomou por conta própria) (8) NSA (9) IGN	mbindic2 _ _
A87.2) O(a) Sr.(a) está fazendo acompanhamento com médico para o problema que levou o(a) Sr.(a) a usar este medicamento? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	mbseg2 _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O REMÉDIO 3	
A78.3) Anote a concentração do remédio 3. Se a caixa, cartela ou receita não estiver disponível, pergunte: Quantas miligramas tem esse remédio? Anote apenas os números, com vírgula se houver. 888=NSA; 999=IGN.	mbconc3 _ _ _
A79.3) O(a) Sr.(a) usa esse remédio de forma contínua, regularmente, sem data para parar? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	mbcont3 _
A80.3) Nos últimos 15 dias, quantas vezes por dia o(a) Sr.(a) usou este remédio? Considere o uso na maioria dos dias. (2) Uma vez ao dia → Pular para questão A81.3 (3) Duas vezes ao dia → Pular para questão A81.3 (4) Mais de duas vezes ao dia (5) Uma vez por semana → Pular para questão A81.3 (6) Mais de uma vez por semana (7) Uma vez ao mês → Pular para questão A81.3 (10) Mais de uma vez ao mês (11) Sempre que se sente os sintomas da doença → Pular para questão A81.3 (12) De vez em quando → Pular para questão A81.3 (8) NSA (9) IGN → Pular para questão A81.3	mbxdia3 _ _

A80.3a) Informe a quantidade de vezes: <i>Anote o número de vezes que tomou o remédio no dia, na semana ou no mês, conforme assinalado na questão acima. Escreva apenas números.</i> 88 = NSA; 99 = IGN.	mbqtd3 _ _
A81.3) Quantas unidades o(a) Sr.(a) usou em cada vez, em comprimidos ou gotas? <i>Considere o uso na maioria dos dias. Anote somente o número, com barra(/) se necessário. A unidade (comprimidos, gotas, mililitros) será na próxima questão.</i> 888=NSA; 999=IGN.	mbncp3 _ _ _
A82.3) Unidade: (2) Comprimidos/Cápsulas (3) Gotas (4) Mililitros (mL) (8) NSA (9) IGN	mbunicp3 _
A83.3) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está tomando esse remédio? <i>Anote apenas o número, a unidade de tempo (dias, semanas, meses, anos) será na próxima questão.</i> 888=NSA; 999=IGN.	mbtemp3 _ _ _
A84.3) Unidade de tempo (2) Dias (3) Semanas (4) Meses (5) Anos (8) NSA (9) IGN	mbunite3 _
A85.3) Por qual motivo o(a) Sr.(a) toma esse remédio? <i>Se o entrevistado relatar mais de um motivo para uso de um medicamento, marque todos os motivos. Se marcar "outro", escreva qual é esse motivo na questão A85.3a; caso contrário, pule para a questão A86.3.</i> (2) Para dormir/insônia (3) Para os nervos/ansiedade (4) Depressão/tristeza (5) Dor (6) Para os músculos/relaxante muscular (7) Convulsão/epilepsia (10) Outro (8) NSA (9) IGN	mbmoti3 _ _ _ _ _ _ _ _
A85.3a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç).</i> 8 = NSA; 9 = IGN.	mbmoti3a

A86.3) Quem indicou o remédio para o(a) Sr.(a)? <i>Se responder somente "médico" ou "dentista", pergunte se o médico ou dentista é do SUS ou particular/convênio, e assinale a alternativa correspondente.</i> (2) Médico do SUS (3) Médico particular/convênio (4) Dentista do SUS (5) Dentista particular/convênio (6) Balconista da farmácia (7) Esposo(a)/companheiro(a) (10) Parente/amigo(a)/vizinho(a) (11) Pesquisou na internet (12) Ninguém (ele/a tomou por conta própria) (8) NSA (9) IGN	mbindic3 _ _
A87.3) O(a) Sr.(a) está fazendo acompanhamento com médico para o problema que levou o(a) Sr.(a) a usar este medicamento? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	mbseg3 _
A88) Sem contar com o(s) remédio(s) para dormir ou para os nervos, o(a) Sr.(a) usa algum outro medicamento? <i>Considere também como medicamentos: homeopatia, fórmulas feitas em farmácia de manipulação, florais, vitaminas e fitoterápicos.</i> (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A90</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A90</i>	mboutmed _
A89) Quantos? <i>Não contar com o(s) medicamento(s) para "dormir ou para os nervos". 88 = NSA; 99 = IGN.</i>	mbnumed _ _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS ASMA E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) E O USO DE BOMBINHAS. VALE LEMBRAR QUE A DPOC ABRANGE AS DOENÇAS BRONQUITE CRÔNICA E ENFISEMA. Algum médico ou profissional de saúde disse que o(a) Sr.(a) tem: <i>Se não para todas as doenças, pule para a questão A99.</i>	
A90) Asma? (1) Sim (0) Não (9) IGN	gmdrcasm _
A91) Bronquite crônica? (1) Sim (0) Não (9) IGN	gmdrcbcr _
A92) Enfisema? (1) Sim (0) Não (9) IGN	gmdrcenf _

[PERÍODO RECORDATÓRIO: ÚLTIMO 1 ANO] A93) Desde < mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) teve crises ou sintomas desta(s) doença(s), como chiado no peito, tosse ou falta de ar? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	gmsintom _
Desde < mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) usou algum remédio por inalação, como:	
A94) Nebulização? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	gmnebul _
A95) "bombinha", cápsulas de pó ou inalador de pó seco? (1) Sim → <i>Pular para questão A97</i> (0) Não (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para SEÇÃO 5</i>	gminalad _
A96) Por qual motivo o(a) Sr.(a) não usou este tipo de remédio? (0) Não recebi orientação médica → <i>Pular para SEÇÃO 5</i> (1) Falta do remédio na rede pública ou não pôde comprar → <i>Pular para SEÇÃO 5</i> (2) Medo do remédio fazer mal para o coração, dar tremedeira ou de algum outro efeito colateral → <i>Pular para SEÇÃO 5</i> (3) Não precisei usar → <i>Pular para SEÇÃO 5</i> (4) Acho difícil usar este tipo de remédio → <i>Pular para SEÇÃO 5</i> (5) Outro (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para SEÇÃO 5</i>	gmmotivo _
A96a) Qual motivo? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN. Pular para SEÇÃO 5</i>	gmmotivoou
A97) Quantos remédios o Sr.(a) utiliza para inalar/aspirar? 88 = NSA; 99 = IGN. <i>Se não usar, pular para SEÇÃO 5. Se usar, pergunte os nomes nas questões abaixo.</i>	qremed _ _
A98.1) Qual o nome do remédio, ou dos remédios, que o Sr.(a) utiliza para inalar/aspirar? (solicitar a embalagem do medicamento ou, se não estiver disponível, auxiliar mostrando catálogo) Remédio 1: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.</i>	qremeda
A98.2) Remédio 2: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.</i>	qremedb
A98.3) Remédio 3:	qremedc

<i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.</i>		
A98.4) Remédio 4: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.</i>		qremedd
A98.5) Remédio 5: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.</i>		qremede
SEÇÃO 5: DOENÇAS AUTORREFERIDAS		
AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE. Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem:		
A99) Hipertensão (pressão alta)? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etpa _
A100) Diabetes? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etdiab _
A101) Problema do coração atual ou antigo? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etprobcor _
A102) Insuficiência cardíaca ou "coração fraco" ou "coração grande"? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etinscar _
A103) Isquemias, derrames cerebrais? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etavc _
A104) Artrite, reumatismo, artrose? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etreumat _
A105) Doença de Parkinson? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etpark _
A106) Perda da função dos rins? (1) Sim (0) Não (9) IGN		etrins _

A107) Colesterol alto ou gordura no sangue? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etcol _
A108) Ataque epilético ou convulsões? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etconvul _
A109) Úlcera no estômago ou no intestino? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etulcer _
A110) Doença da próstata? <i>Perguntar apenas para os homens.</i> (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	etprost _
A111) Glaucoma? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etglau _
A112) Rinite? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etrinite _
A113) Osteoporose, ossos fracos? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etosteo _
Além destas doenças que já perguntei, o(a) Sr.(a) tem algum dos seguintes problemas de saúde mesmo que algum médico não tenha lhe falado?	
A114) Dificuldade de segurar urina? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etincuri _
A115) Prisão de ventre? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etconstip _
A116) Dificuldade de segurar as fezes? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etincfez _
A117) Problema de surdez? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etsurdo _

A118) Dificuldade para engolir? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etdeglu _
A119) Problema de memória, esquecimento? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etmemor _
A120) Desmaios? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etdesmai _
A121) Dor na coluna? (1) Sim (0) Não (9) IGN	etcolun _
SEÇÃO 6: SAÚDE E SERVIÇOS DE SAÚDE	
AGORA FALAREMOS SOBRE A SUA SAÚDE	
A122) Desde < três meses atrás> deste ano o(a) Sr.(a) consultou com médico? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A123</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A123</i>	amedico _
A122a) Quantas vezes? <i>Escreva 88 em caso de NSA. Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	amedicovezes --
A123) Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (9) IGN	asaude _
A124) Qual o peso do(a) Sr.(a) (mesmo que seja um valor aproximado)? <i>Caso a resposta seja 70 quilos e meio, escreva "70,5". Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	apesok _ _ _
A125) Qual a altura do(a) Sr.(a) (mesmo que seja um valor aproximado)? <i>Escreva a altura em centímetros. Se o(a) entrevistado(a) informou ter um metro e setenta, escreva "170". Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	aaltura _ _ _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. CONSIDERE COMO SERVIÇOS DE SAÚDE OS POSTOS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, PRONTO ATENDIMENTOS, CONSULTÓRIOS, CAPS E HOSPITAIS. [PERÍODO RECORDATÓRIO: ÚLTIMOS 30 DIAS]	

A126) Desde < dia do mês passado>, o(a) Sr.(a) foi atendido em algum serviço de saúde? (0) Não → <i>Pular para questão A129</i> (1) Sim, em um serviço de saúde (2) Sim, em dois serviços de saúde (3) Sim, em mais de dois serviços de saúde (9) IGN → <i>Pular para questão A138</i>	jnatendido _
A127) Qual foi o último serviço de saúde onde o(a) Sr.(a) foi atendido desde < dia do mês passado>? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultório (6) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (7) Internou no hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (88) NSA (99) IGN → <i>Pular para questão A138</i>	jnultservico _ _
A128) O atendimento, nesse último serviço de saúde utilizado, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Particular → <i>Pular para questão A133</i> (1) Por algum convênio → <i>Pular para questão A133</i> (2) Por algum convênio, com pagamento extra → <i>Pular para questão A133</i> (3) SUS → <i>Pular para questão A133</i> (4) SUS, com pagamento extra → <i>Pular para questão A133</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para a questão 133</i>	jnparticularsus –
A129) Mesmo não tendo utilizado, o(a) Sr.(a) precisou de atendimento em algum serviço de saúde desde < dia do mês passado>? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão 138</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão 138</i>	jnprecisou _
A130) O(a) Sr.(a) buscou atendimento em algum serviço de saúde desde < dia do mês passado>? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão 138</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão 138</i>	jnbuscou _
AGORA VAMOS FALAR DO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) PROCUROU.	

A131) Onde o(a) Sr.(a) buscou atendimento desde < dia do mês passado> e não conseguiu? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultório (6) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (7) Internou no hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (88) NSA (99) IGN	jnondebuscou --
A132) Por que o(a) Sr.(a) não conseguiu atendimento nesse serviço de saúde? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Não tinha Médico → <i>Pular para questão 138</i> (1) Não tinha Enfermeiro → <i>Pular para questão 138</i> (2) Não tinha ficha → <i>Pular para questão 138</i> (3) Estava fechado no momento que o(a) Sr.(a) procurou → <i>Pular para questão 138</i> (4) Não podia pagar → <i>Pular para questão 138</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão 138</i>	jnmotivonao _ --
AGORA VAMOS FALAR DO MOTIVO DO ATENDIMENTO NESSE ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO	
A133) Por qual motivo o(a) Sr.(a) utilizou o serviço de saúde desde < dia do mês passado>? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Por algum problema de saúde (1) Fazer uma revisão (check-up) → <i>Pular para questão 134</i> (2) Tomar medicações (inalações, curativo) → <i>Pular para questão 134</i> (3) Realizar fisioterapia → <i>Pular para questão 134</i> (4) Pegar remédios → <i>Pular para questão 134</i> (5) Pedir/pegar/levar exames → <i>Pular para questão 134</i> (6) Pedir receita ou atestado → <i>Pular para questão 134</i> (7) Consulta de pré-natal → <i>Pular para questão 134</i> (8) Fazer exames preventivos (pré-câncer, da próstata) → <i>Pular para questão 134</i> (88) NSA (99) IGN → <i>Pular para questão 134</i>	jnmotivouti __
A133a) Qual? <i>Escreva qual o problema de saúde. Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.</i>	jnmotivoutiqua

A134) Por que o(a) Sr.(a) escolheu o < nome do serviço de saúde>? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Era o mais próximo da sua casa (1) Serviço de saúde que o(a) Sr.(a) geralmente vai quando necessita (2) Profissional de saúde que o(a) Sr.(a) geralmente procura quando necessita (3) Facilidade para conseguir o atendimento (4) Fica aberto no horário que o(a) Sr.(a) pode ir (5) Não precisa pagar (6) Foi encaminhado(a) (encaminhamento) (8) NSA (9) IGN	jnmotivoesc _
A135) Quantos dias o(a) Sr.(a) demorou para conseguir o atendimento no < nome do serviço de saúde>? <i>Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888 em caso de: NSA.</i>	jndiasdemora _ --
A136) Desde que chegou no serviço, quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou esperando até ser atendido? A136a) Horas: <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 em caso de: NSA.</i>	jnesperahoras --
A136b) Minutos: <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 em caso de: NSA.</i>	jnesperamin _ -
A137) Qual sua opinião geral sobre o atendimento que recebeu? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Péssimo (1) Ruim (2) Regular (3) Bom (4) Ótimo (8) NSA (9) IGN	jnopiniao _
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SERÃO SOBRE QUALQUER TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE QUE O SR.(A) FREQUENTOU AO LONGO DE TODA A SUA VIDA, E SOBRE ALGUM TIPO DE DISCRIMINAÇÃO OCORRIDA POR PARTE DE QUALQUER UM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO: (RECEPCIONISTAS, VIGILANTES, ENFERMEIROS, MÉDICOS, PSICÓLOGOS, DENTISTAS, E DEMAIS PROFISSIONAIS).	
A138) Quando buscou um serviço de saúde, o(a) Sr.(a) já teve a sensação de que foi tratado(a) com menos gentileza por algum dos profissionais daquele serviço? (0) Sempre (1) Na maior parte das vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (9) IGN	pvgentil _

A139) Quando buscou um serviço de saúde, o(a) Sr.(a) já teve a sensação de que foi tratado com desrespeito por algum dos profissionais daquele serviço? (0) Sempre (1) Na maior parte das vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (9) IGN	pvrespei _
A140) Quando buscou um serviço de saúde, o(a) Sr.(a) já teve a sensação de que recebeu um atendimento pior, menos eficaz ou menos atencioso que o de outra pessoa por algum profissional daquele serviço? (0) Sempre (1) Na maior parte das vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (9) IGN	pvatpior _
A141) Quando buscou um serviço de saúde, o(a) Sr.(a) já teve a sensação de que algum profissional de saúde agiu como se achasse que o(a) Sr.(a) não era inteligente, como se o(a) sr.(a) não fosse capaz de entender ou realizar o que lhe foi recomendado? (0) Sempre (1) Na maior parte das vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (9) IGN	pvinteli _
A142) Quando buscou um serviço de saúde, o(a) Sr.(a) já teve a sensação de que algum profissional de saúde agiu como se estivesse com medo do(a) Sr.(a)? (profissionais realizando atendimento com as portas abertas, com a presença de um vigilante, mantendo uma distância grande entre vocês, guardando seus próprios pertences nos bolsos ou até mesmo guardando materiais que poderiam ser usados como instrumentos para uma possível agressão). (0) Sempre (1) Na maior parte das vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (9) IGN	pvagmedo _
A143) Quando buscou um serviço de saúde, algum profissional daquele serviço já agiu como se fosse melhor que o(a) Sr.(a), como se o(a) Sr.(a) fosse inferior ou pior que ele por estar indo buscar o atendimento desse profissional? (0) Sempre (1) Na maior parte das vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (9) IGN	pvinferi _

A144) Quando buscou um serviço de saúde, o(a) Sr.(a) já teve a sensação de que o profissional de saúde não estivesse escutando o que o(a) Sr.(a) estava dizendo? (0) Sempre (1) Na maior parte das vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca (9) IGN	pvescuto _
<i>Se respondeu “nunca” para todas estas perguntas, pule para questão A153. Em caso de qualquer resposta afirmativa (sempre, na maior parte das vezes, às vezes ou raramente), informe o entrevistado(a) para pensar naquela vez que mais lhe marcou, aquela que fez com que sentisse pior, e responda as perguntas seguintes.</i>	
AS PERGUNTAS ABAIXO SÃO SOBRE ESTA EXPERIÊNCIA DE DISCRIMINAÇÃO MAIS MARCANTE E SOBRE COMO ELA IMPACTOU A MANEIRA QUE O (A) SR.(A) PROCURA OS SERVIÇOS DE SAÚDE.	
A145) Após esta experiência mais marcante de discriminação, o(a) Sr.(a) adiou a busca pelo cuidado à sua saúde? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	pvadbusc _
A146) Após esta experiência mais marcante de discriminação, o(a) Sr.(a) ficou com receio/medo de procurar novamente cuidados de saúde? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	pvreceio _
A147) Após esta experiência mais marcante de discriminação, o(a) Sr.(a) deixou de retornar para uma consulta de acompanhamento? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	pvretorn _
A148) Após esta experiência mais marcante de discriminação, o(a) Sr.(a) deixou de seguir os conselhos recebidos do profissional de saúde? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	pvconsel _
A149) Após esta experiência mais marcante de discriminação, o(a) Sr.(a) deixou de seguir um plano de tratamento que lhe foi prescrito? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	pvtratam _

A150) Após esta experiência mais marcante de discriminação, o(a) Sr.(a) evitou, quando possível, este serviço de saúde onde ocorreu a discriminação? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	pvevitou _
A151) Após esta experiência mais marcante de discriminação, o(a) Sr.(a) nunca mais utilizou este serviço de saúde onde ocorreu a discriminação? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	pvnuncar _
A152) Em que tipo de serviço de saúde o(a) Sr.(a) estava sendo atendido(a) quando teve esta experiência de discriminação mais marcante? (0) Unidade Básica de Saúde / posto de saúde (1) Ambulatórios de Especialidades / em faculdades e hospitais (2) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (3) UPA (Unidade de Pronto Atendimento) (4) SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (5) Pronto Socorro Municipal (6) Hospital (7) Consultório médico particular (8) Consultório odontológico particular (9) Consultório psicológico particular (10) Consultório particular de outros profissionais de saúde (11) Serviços terapêuticos de fisioterapia e/ou terapia ocupacional (12) Serviços terapêuticos de radioterapia, quimioterapia, hemodiálise (13) Serviços de Atendimento Domiciliar (14) Clínica de imagem (raio-X, tomografia, ressonância, ...) (15) Clínicas de tratamento para o vício em álcool ou outras drogas (16) Laboratório (exames de sangue, urina, fezes, ...) (17) Banco para Doação de Sangue (Hemocentro) (18) Farmácia Municipal/Estadual (19) Secretaria Municipal/Estadual de Saúde (88) NSA (99) IGN	pvservic _ _
A153) Nessa experiência de discriminação mais marcante qual dos profissionais fez o(a) Sr.(a) se sentir discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Recepcionista ou administrador (1) Segurança do serviço (2) Técnico de enfermagem (3) Enfermeiro (4) Médico (5) Dentista (6) Psicólogo (7) Farmacêutico (8) Terapeuta Ocupacional (9) Fisioterapeuta (10) Agente Comunitário de Saúde (11) Outro profissional da saúde (88) NSA (99) IGN	pvprofis _ _

A159) Qual o procedimento feito na sua última consulta? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Não fez tratamento → <i>Pular para questão A162</i> (1) Revisão ou limpeza → <i>Pular para questão A162</i> (2) Tratamento de canal → <i>Pular para questão A162</i> (3) Arrancou o dente (cirurgia) → <i>Pular para questão A162</i> (4) Prevenção ou aplicação de flúor → <i>Pular para questão A162</i> (5) Restauração ou obturação → <i>Pular para questão A162</i> (6) Abriu o dente → <i>Pular para questão A162</i> (7) Colocou curativo → <i>Pular para questão A162</i> (8) Colocação ou revisão de dente falso ou dentadura → <i>Pular para questão A162</i> (9) Colocação ou revisão de aparelho ortodôntico → <i>Pular para questão A162</i> (10) Outro (88) NSA (99) IGN → <i>Pular para questão A162</i>	rbtratam __
A159a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). Escreva 8 em caso de: NSA e 9 em caso de IGN. Pular para a questão A162</i>	rbtratamoutro
A160) Por que o(a) Sr.(a) nunca foi ao dentista? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Achei que não precisava → <i>Pular para questão A162</i> (1) Nunca senti dor → <i>Pular para questão A162</i> (2) Tenho medo → <i>Pular para questão A162</i> (3) É difícil conseguir senha → <i>Pular para questão A162</i> (4) Frequentemente falta dentista → <i>Pular para questão A162</i> (5) Não existe dentista no posto (SUS) → <i>Pular para questão A162</i> (6) Equipamento ou serviço não funcionando → <i>Pular para questão A162</i> (7) Não podia pagar → <i>Pular para questão A162</i> (8) Tem que esperar muito (atendimento muito demorado) → <i>Pular para questão A162</i> (9) Resolvi meu problema sozinho → <i>Pular para questão A162</i> (10) O dentista é longe e o acesso ou transporte é difícil → <i>Pular para questão A162</i> (11) Outro (88) NSA (99) IGN → <i>Pular para questão A162</i>	rbnunca __
A160a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). Escreva 8 em caso de: NSA e 9 em caso de IGN. Pule para questão A162</i>	rbnuncaoutro

A161) Por que o(a) Sr.(a) não foi ao dentista? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Achei que não precisava → <i>Pular para questão A162</i> (1) Nunca senti dor → <i>Pular para questão A162</i> (2) Tenho medo → <i>Pular para questão A162</i> (3) É difícil conseguir senha → <i>Pular para questão A162</i> (4) Frequentemente falta dentista → <i>Pular para questão A162</i> (5) Não existe dentista no posto (SUS) → <i>Pular para questão A162</i> (6) Equipamento ou serviço não funcionando → <i>Pular para questão A162</i> (7) Não podia pagar → <i>Pular para questão A162</i> (8) Tem que esperar muito (atendimento muito demorado) → <i>Pular para questão A162</i> (9) Resolvi meu problema sozinho → <i>Pular para questão A162</i> (10) O dentista é longe e o acesso ou transporte é difícil → <i>Pular para questão A162</i> (11) Outro (88) NSA (99) IGN → <i>Pular para questão A162</i>	rbnaocon __
A161a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). Escreva 8 em caso de: NSA e 9 em caso de IGN.</i>	rbnaoconoutro
A162) Nos últimos 6 meses, ou seja, desde < mês> o(a) Sr.(a) sentiu dor nos dentes? (1) Sim (0) Não (9) IGN	rbdor _
A163) Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca ou dos seus dentes? <i>Ler as alternativas.</i> (4) Muito boa (3) Boa (2) Regular (1) Ruim (0) Muito ruim (9) IGN	rbatperc _
SEÇÃO 7: PERCEPÇÕES	
AGORA VAMOS FALAR DE SITUAÇÕES EM QUE O SR. (A) PRECISARIA DE ALGUM TIPO DE AJUDA DE PESSOAS PRÓXIMAS (FAMILIARES, AMIGOS OU VIZINHOS). Se o sr. (a) precisar, com que frequência conta com alguém.... < repetir enunciado para todas as perguntas >	
A164) que o(a) ajude, se ficar de cama? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasm1 _

A165) para levá-lo(a) ao médico? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasm2 _
A166) para ajudá-lo(a) nas tarefas diárias, se ficar doente? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasm3 _
A167) para preparar suas refeições, se o(a) Sr.(a) não puder prepará-las? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasm4 _
A168) para ouvi-lo(a), quando o(a) Sr.(a) precisa falar? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvase1 _
A169) em quem confia ou para falar sobre o(a) Sr.(a) ou sobre seus problemas? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvase2 _
A170) para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvase3 _
A171) que compreenda seus problemas? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvase4 _

A172) para dar bons conselhos em situações de crise? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasi1 _
A173) para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasi2 _
A174) de quem você realmente quer conselhos? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasi3 _
A175) para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasi4 _
A176) que demonstre amor e afeto pelo(a) Sr.(a)? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasa1 _
A177) que lhe dê um abraço? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasa2 _
A178) que o(a) Sr.(a) ame e que o(a) faça se sentir querido(a)? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasa3 _

A179) que o(a) Sr.(a) ame e que o faça se sentir querido(a)? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasisp1 _
A180) com quem quer distrair a cabeça? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasisp2 _
A181) com quem quer relaxar? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasisp3 _
A182) para se divertir junto? (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (9) IGN	bvasisp4 _
AGORA IREMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) PERCEBE OS ACONTECIMENTOS QUE OCORREM EM SUA VIDA. NESTE MOMENTO SERÃO APRESENTADAS ALGUMAS FRASES E O(A) SR.(A) DEVE RESPONDER DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS DE RESPOSTAS QUE ESTÃO NESTE CARTÃO < ENTREGAR CARTÃO B>, DIZENDO O QUANTO CONCORDA OU DISCORDA DAS FRASES. O(A) SR.(A) DEVERÁ RESPONDER AS FRASES COM AS SEGUINTE OPÇÕES DE RESPOSTA "DISCORDO TOTALMENTE, DISCORDO, DISCORDO PARCIALMENTE, CONCORDO PARCIALMENTE, CONCORDO, CONCORDO TOTALMENTE."	
A183) Em geral, eu mereço o que acontece comigo (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo (6) Concordo totalmente (9) IGN	locmj1 _
A184) Em geral, sou tratado de maneira justa (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo (6) Concordo totalmente (9) IGN	locmj2 _

A185) Penso que, em geral, obtenho o que mereço (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo (6) Concordo totalmente (9) IGN	locmj3 _
A186) Em geral, os acontecimentos que ocorrem na minha vida são justos (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo (6) Concordo totalmente (9) IGN	locmj4 _
A187) Em minha vida a injustiça acontece raramente (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo (6) Concordo totalmente (9) IGN	locmj5 _
A188) Creio que a maior parte das coisas que acontecem comigo são justas (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo (6) Concordo totalmente (9) IGN	locmj6 _
A189) Acredito que as decisões que os outros têm a meu respeito são justas (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Concordo parcialmente (5) Concordo (6) Concordo totalmente (9) IGN	locmj7 _
A190) Agora imagine que esta escada, < entregar cartão C>, representa a posição que as pessoas ocupam em suas comunidades (em relação aos indivíduos que convivem). No topo da escada estão as pessoas que têm uma posição mais alta, e na parte inferior estão as pessoas que têm a posição mais baixa. Pensando no momento atual de sua vida indique o degrau em que o(a) Sr.(a) se encontra <i>Anote o nº correspondente ao degrau indicado pelo entrevistando. IGN = 99.</i>	lopps1 _ _

A191) Agora imagine que a escada representa a posição que as pessoas ocupam no Brasil. No topo dela estão as pessoas em melhor situação, ou seja, aquelas que têm mais dinheiro, educação, e melhores empregos. Na parte inferior da escada estão as pessoas em pior situação, as que têm menos dinheiro, educação e não possuem um bom emprego ou estão desempregadas. Pensando no momento atual de sua vida indique o degrau da escada em que o(a) Sr.(a) se encontra. <i>Anote o nº correspondente ao degrau indicado pelo entrevistando. IGN = 99.</i>	lop2 _ _
[PERÍODO RECORDATÓRIO: ÚLTIMO 1 ANO] A192) Qual dessas carinhas < entregar cartão D> representa melhor como o(a) sr(a). se sentiu de < mês> do ano passado até agora? <i>Anote o nº correspondente a imagem apontada pelo entrevistado. IGN = 9.</i>	lop3 _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.	
A193) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? Ler as alternativas (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina01 _
A194) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina02 _
A195) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina03 _
A196) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina04 _
A197) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina05 _

A198) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou o(a) Sr.(a) mesmo(a)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina06 _
A199) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina07 _
A200) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que o(a) Sr.(a) ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina08 _
A201) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina09 _
A202) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (9) IGN	ina10 _
Pontuação total <i>Somar a pontuação das perguntas A193 a A201 e contabilizar o resultado final. Se o entrevistado apresentar uma pontuação maior que 9 pontos faça o encaminhamento</i>	phqscore _ _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE CRIME QUE O(A) SR.(A) POSSA TER SOFRIDO AQUI EM PELOTAS [PERÍODO RECORDATÓRIO: ÚLTIMOS 5 ANOS]	
A203) Desde < mês> do ano de 2014 , alguém lhe roubou algum objeto de valor na rua ou entrou na sua casa e roubou algo ou lhe agrediu fisicamente? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A221</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A221</i>	eb01 _

Eu vou ler alguns tipos de violência e gostaria de saber de qual delas o(a) Sr.(a) foi vítima nos últimos 5 anos em pelotas, ou seja, desde < mês> de 2014	
A204) Considere que roubo à residência é quando alguém entra na casa ou no pátio e rouba alguma coisa. O(a) Sr.(a) teve sua casa roubada? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A207</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A207</i>	eb02 _
A204a) Quantas vezes? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 de caso de: NSA.</i>	eb02a _ _
A205) Quantos desses roubos à casa ocorreram desde < mês> de 2018? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 de caso de: NSA.</i>	eb03 _ _
A206) Peço que o(a) Sr.(a) diga se foi feita a queixa na polícia para o último roubo à residência que ocorreu: (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	eb04 _
A207) Considere que furto é quando alguém rouba alguma coisa da gente sem ameaça ou violência. O(a) Sr.(a) foi furtado(a)? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A210</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A210</i>	eb05 _
A207a) Quantas vezes? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 de caso de: NSA</i>	eb05a _ _
A208) Quantos desses furtos ocorreram desde < mês> de 2018 até hoje? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 de caso de: NSA</i>	eb06 _ _
A209) Peço que o(a) Sr.(a) diga se foi feita a queixa na polícia para o último furto que ocorreu? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	eb07 _
A210) Considere que roubo é quando alguém rouba alguma coisa da gente, com ameaça ou violência. O(a) Sr.(a) foi roubado(a)? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A217</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A217</i>	eb08 _
A211) Quantos desses roubos ocorreram desde < mês> de 2018? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 de caso de: NSA</i>	eb09 _ _

A212) Peço que o(a) Sr.(a) diga se foi feita a queixa na polícia para o último roubo que ocorreu. (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	eb10 _
A213) O(A) Sr.(a) já teve, desde < mês> de 2018, um carro, motocicleta, caminhão ou outro veículo automotor de alguém de sua residência roubado? (com grave ameaça ou violência). (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A215</i> (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão A215</i>	eb11 _
A214) Da última vez que isso ocorreu, o(a) S.r(a) registrou ocorrência policial? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	eb12 _
A215) Desde < mês> de 2018, o(a) Sr.(a) foi vítima de um roubo de algum objeto de valor? (sem contar eventual relato positivo para veículo automotor) (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A217</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A217</i>	eb13 _
A216) Da última vez que isso ocorreu, o(a) Sr.(a) registrou ocorrência policial? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	eb14 _
A217) Considere que agressão é quando alguém é agredido fisicamente por uma pessoa. Nos importa saber das agressões que não foram cometidas por algum familiar. O(a) Sr.(a) foi agredido(a)? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão A220</i> (9) IGN → <i>Pular para questão A220</i>	eb15 _
A217a) Quantas vezes? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 de caso de: NSA</i>	eb15a __
A218) Quantas dessas agressões ocorreram desde < mês> de 2018? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 88 de caso de: NSA</i>	eb16 __
A219) Peço que o(a) Sr.(a) diga se foi feita a queixa na polícia para a última agressão que ocorreu. (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	eb17 _
<i>Se deu queixa de todas as violências e ameaças sofridas, pule para a questão A221.</i>	

Agora eu gostaria de saber sobre os motivos do sr.(a) não ter dado queixa na polícia sobre os tipos de violência de que o (a) sr.(a) foi vítima. A220) Qual foi o principal motivo para que o(a) Sr.(a) não desse queixa na polícia? (1) Porque não adianta, a polícia não faz nada, "só ia me incomodar" → <i>Pular para a questão A221</i> (2) Porque não confia na polícia - não são honestos → <i>Pular para a questão A221</i> (3) Porque procurou resolver de outra forma → <i>Pular para a questão A221</i> (4) Porque não era um objeto de valor → <i>Pular para a questão A221</i> (5) Por que alguém aconselhou a não fazer → <i>Pular para a questão A221</i> (6) Porque tem medo de retaliação, conhece quem cometeu a violência → <i>Pular para a questão A221</i> (7) Outra (9) IGN → <i>Pular para a questão A221</i>	eb18 _
A220a) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN.</i>	eb18a
AGORA EU GOSTARIA DE SABER A OPINIÃO DO SR.(A) SOBRE A SEGURANÇA PÚBLICA DE PELOTAS	
A221) O(A) Sr.(a) considera que Pelotas é: <i>Ler as alternativas.</i> (1) Uma cidade bastante violenta e insegura, como regra (2) Uma cidade não mais violenta ou insegura que as cidades do mesmo porte do RS (3) Uma cidade menos violenta e insegura que as cidades do mesmo porte do RS (4) Uma cidade pouco violenta e insegura, como regra (5) Não sei avaliar (9) IGN	eb19 _
AGORA VOU LHE PERGUNTAR ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A SUA FAMÍLIA	
A222) O(A) Sr.(a) é o(a) chefe da sua família? <i>Em caso de dúvida, considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.</i> (1) Sim (0) Não → <i>Encerrar o questionário</i> (9) IGN → <i>Encerrar o questionário</i>	achefe _
BLOCO B	
APLICADO APENAS AO(À) CHEFE DA FAMÍLIA	
B1) Qual número de telefone que podemos usar para entrar em contato com o(a) Sr.(a)? <i>Escreva apenas os números (sem traços ou espaços) com código de área.</i> <i>Escreva 9 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bnumtel (_ _) _ _____ - _____ _____

B2) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão B3</i> (9) IGN → <i>Pular para questão B3</i>	btelout _
B3) Qual o número? <i>Escreva apenas os números (sem traços ou espaços) com código de área.</i> <i>Escreva 9 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bnumout (_ _) _ _ _ _ _ - _ _ _ _
AGORA VOU LHE PERGUNTAR ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A SUA FAMÍLIA.	
B4) Quantas pessoas moram neste domicílio? <i>Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bqmora _ _
AGORA GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME DISSESSE TODAS AS PESSOAS QUE MORAM AQUI, UMA DE CADA VEZ, E ME DIGA TAMBÉM O SEXO E A IDADE DELAS.	
B5) Nome da Pessoa 1: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç).</i>	bpes1nom
B5a) Sexo da Pessoa 1: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (9) IGN	bpes1sex _
B5b) Idade da Pessoa 1: <i>Em anos completos. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes1idad _ _ _
B5c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes1rend _ _ _ _ _ _ _
B6) Nome da Pessoa 2: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes2nom
B6a) Sexo da Pessoa 2: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes2sex _
B6b) Idade da Pessoa 2: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes2idad _ _ _

B6c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes2rend __ - - - -
B7) Nome da Pessoa 3: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes3nom
B7a) Sexo da Pessoa 3: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes3sex _
B7b) Idade da Pessoa 3: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes3idad __ -
B7c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes3rend __ - - - -
B8) Nome da Pessoa 4: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes4nom
B8a) Sexo da Pessoa 4: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes4sex _
B8b) Idade da Pessoa 4: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes4idad __ -
B8c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes4rend __ - - - -

B9) Nome da Pessoa 5: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes5nom
B9a) Sexo da Pessoa 5: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes5sex _
B9b) Idade da Pessoa 5: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes5idad _ _ —
B9c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes5rend _ _ — — — —
B10) Nome da Pessoa 6: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes6nom
B10a) Sexo da Pessoa 6: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes6sex _
B10b) Idade da Pessoa 6: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes6idad _ _ —
B10c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes6rend _ _ — — — —
B11) Nome da Pessoa 7: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes7nom

B11a) Sexo da Pessoa 7: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes7sex _
B11b) Idade da Pessoa 7: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes7idad _ _ —
B11c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes7rend _ _ — — — —
B12) Nome da Pessoa 8: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes8nom
B12a) Sexo da Pessoa 8: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes8sex _
B12b) Idade da Pessoa 8: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes8idad _ _ —
B12c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes8rend _ _ — — — —
B13) Nome da Pessoa 9: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes9nom
B13a) Sexo da Pessoa 9: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes9sex _
B13b) Idade da Pessoa 9: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes9idad _ _ —

B13c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes9rend __ ----
B14) Nome da Pessoa 10: <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>	bpes10nom
B14a) Sexo da Pessoa 10: (0) Masculino (1) Feminino (2) Outro (8) NSA (9) IGN	bpes10sex _
B14b) Idade da Pessoa 10: <i>Em anos completos. Escreva 888 em caso de NSA. Escreva 999 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	bpes10idad __ -
B14c) No mês passado, quanto essa pessoa ganhou, incluindo trabalho e aposentadoria? <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	bpes10rend __ -----
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE RENDA, BENS E AS ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA SUA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.	
B15) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão B17</i> (9) IGN → <i>Pular para questão B17</i>	brenout _
B15a) Quanto? (R\$/mês) <i>Escreva a quantidade em reais (sem centavos). Se a pessoa informou ganhar "mil e quinhentos reais e dez centavos", escreva "1500". Escreva 999999 (seis números 9) em caso de: não sabe/não quis informar. Escreva 888888 (seis números 8) em caso de NSA</i>	brenoutqual __ -----
B16) Algum morador desta casa recebe ajuda do governo em dinheiro? (1) Sim (0) Não → <i>Pular para questão B17</i> (9) IGN → <i>Pular para questão B17</i>	bajudagov _

B16a) Qual? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Bolsa Família → <i>Pular para questão B17</i> (1) LOAS → <i>Pular para questão B17</i> (2) Auxílio-reclusão → <i>Pular para questão B17</i> (3) Auxílio-maternidade → <i>Pular para questão B17</i> (4) Seguro-desemprego → <i>Pular para questão B17</i> (5) Outra (8) NSA (9) IGN → <i>Pular para questão B17</i>								bajudagovqual —
B16b) Qual? <i>Escreva tudo em minúsculo, sem acento e sem cedilha (ç). 8 = NSA; 9 = IGN</i>								bajudagovoutra
B17) A água utilizada neste domicílio vem de? <i>Ler as alternativas.</i> (0) Rede geral de distribuição (SANEP) (1) Poço ou nascente (2) Outro meio (9) IGN								bagua _
B18) Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: <i>Ler as alternativas.</i> (0) Asfaltada/Pavimentada (1) Terra/Cascalho (9) IGN								brua _
AGORA GOSTARIA DE SABER QUANTO DAS SEGUINTE COISAS TÊM NA SUA CASA E FUNCIONANDO:								
	(0) 0	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4+	(8) NSA	(9) IGN	
B19) Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.								bauto _
B20) Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.								bempregado _
B21) Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.								bmaquina _
B22) Quantidade de banheiros.								bbanheiro _
B23) DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.								bdvd _
B24) Quantidade de geladeiras.								bgeladeira _

	(0) 0	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4+	(8) NSA	(9) IGN	
B25) Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.								bfreezer _
B26) Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.								bcomputador _
B27) Quantidade de lavadora de louças.								bloucas _
B28) Quantidade de fornos de micro-ondas.								bmicroondas _
B29) Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.								bmoto _
B30) Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.								bsecadora _
B31) Quantos peças existem na casa? <i>Escreva 88 em caso de NSA. Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>								bpecas _ _
B32) Quantas peças são usadas para dormir? <i>Escreva 88 em caso de NSA. Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>								bdorm _ _
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO NA SUA CASA NO ÚLTIMO ANO, OU SEJA, DE < MÊS> DE < ANO> ATÉ < MÊS> DE < ANO>. ALGUMAS PERGUNTAS SÃO PARECIDAS, MESMO ASSIM, PEDIMOS QUE RESPONDA A TODAS.								
B33) Alguma vez terminou a comida da casa e o(a) Sr.(a) não teve dinheiro para comprar mais? (1) Sim (0) Não (9) IGN								epterm _
B34) O(A) Sr.(a) pode oferecer uma alimentação variada para sua família, com alimentos como feijão, arroz, carne, saladas e frutas? (1) Sim (0) Não (9) IGN								epvaried _
B35) De < mês> do ano passado até agora, o (a) Sr.(a) ou alguém na sua casa teve que diminuir a quantidade de comida ou pular alguma refeição por falta de dinheiro para comprar mais? (1) Sim (0) Não → Pular para questão B36 (9) IGN → Pular para questão B36								epdimin _

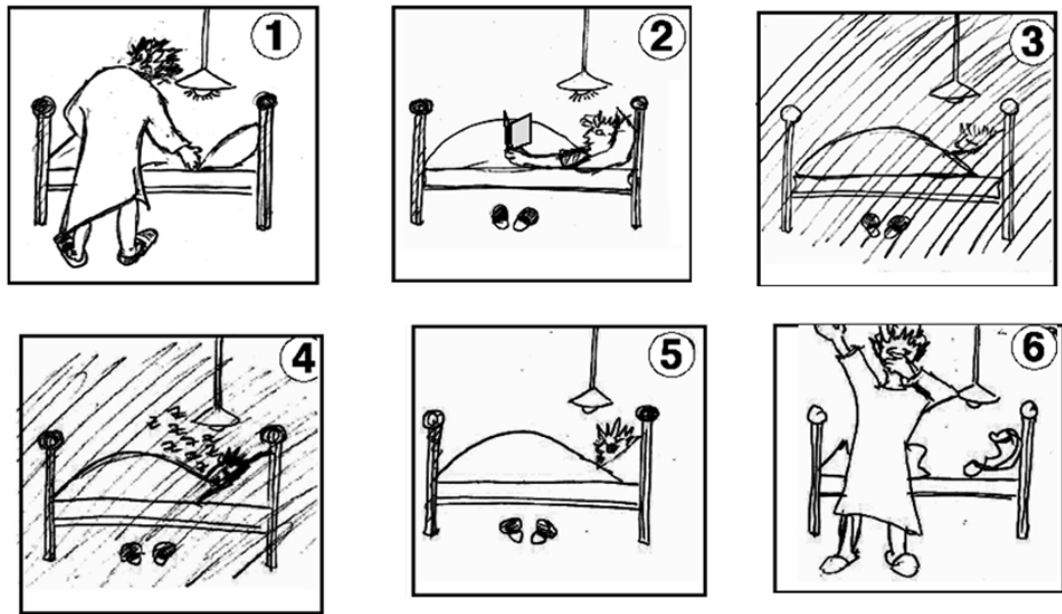
B35a) Em quantos meses isso aconteceu? <i>Escreva 88 em caso de NSA. Escreva 99 em caso de: não sabe/não quis informar.</i>	epmeses__
B36) O(A) Sr.(a) comeu menos do que gostaria porque não teve dinheiro para comprar mais comida? (1) Sim (0) Não (9) IGN	epchdim_
B37) De < mês> do ano passado até agora, o(a) Sr.(a) sentiu fome, mas não comeu porque não tinha dinheiro para comprar mais comida? (1) Sim (0) Não → Pular para questão B38 (9) IGN → Pular para questão B38	epfome_
B37a) E nos últimos 3 meses, de < 3 meses atrás> até agora, isso aconteceu? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN	epfomer _
B38) De < 3 meses atrás> até agora, o(a) Sr(a) ou alguém na sua casa ficou um dia inteiro sem comer ou fez apenas uma refeição no dia, porque não tinha dinheiro para comprar comida? (1) Sim (0) Não (9) IGN	epscom _

ANEXO A:
CARTÕES UTILIZADOS NO QUESTIONÁRIO DO
ESTUDO SAÚDE EM CASA

Cartão 1 – AUDIT

UMA DOSE-PADRÃO DE ÁLCOOL EQUIVALE A:					
					
Volume e tipo de bebida:	40ml de pinga, uisque ou vodka	85ml de vinho do Porto, vermute ou licores	140ml de vinho de mesa	340ml 1 lata de cerveja ou chope	600ml 1 garrafa de cerveja contém quase duas doses
Com gradação alcoólica de cerca de:	40%	28%	12%	com gradação alcoólica de cerca de 5%	

Cartão 2 – Hábitos de sono



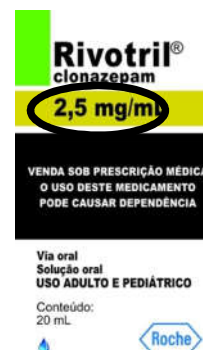
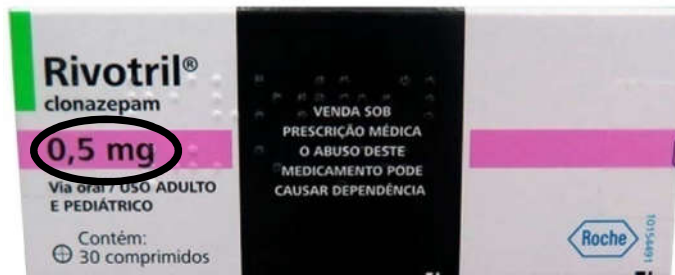
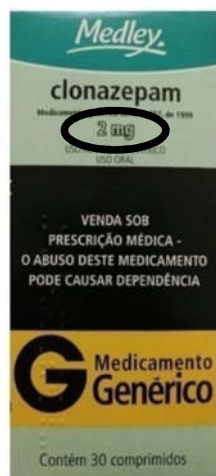
Cartão 3 – Benzodiazepínicos

Princípio ativo
(Nome Comercial)

Comprimido/Cápsula

Solução Oral (gotas)

Clonazepam
(Clepam, Epileptil,
Rivotril, Uni-
Clonazepam,
Zilepam)



Bromazepam
(Ansiolex,
Bromoxon, Enade,
Fluxta, Lexma,
Lexotan, Lezepam,
Somalium, Sulpan)



Princípio Ativo
(Nome comercial)

Diazepam

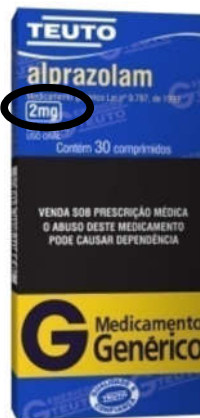
(Compaz,
Diazepam NQ,
Dienzepax,
Farmaguinhos-
Diazepam,
Funediazepam,
Furp-Diazepam,
Relapax,
Santiazepam,
Uni-diazepam,
Valium)

Comprimido/Cápsula



Alprazolam

(Alfron, Apraz,
Frontal, Teufon,
Tranquinal,
Zoldac)



* Circulado em preto → concentração (dosagem/número de miligramas) do medicamento

Nome do remédio

Concentração (dosagem/número de miligramas)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	UF	NÚMERO	Papelaria Médica CRM-SP: 123.456		Clonazepam	
SP	01.000.000	SP	01.000.000	Rua Dr. ABCD, 1234 - Centro - São Paulo SP - 00001-123 Telefone: (11) 2222-3333 - E-mail: contato@papelariamedica.com.br www.papelariamedica.com.br		30 comprimidos	
<<SÉRIE BI>>		<<SÉRIE BI>>		Paciente: <i>Fulano de tal</i>		Dose por Unidade Posológica	
de _____ de _____		de _____ de _____		Endereço: _____		2 mg	
PACIENTE		Assinatura do Emitente		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Posologia	
MEDICAMENTO		Nome: _____		Endereço: _____		01 cp à noite	
		Telefone: _____		Identidade N°: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR	
		Órgão Emissor: _____		Nome do Vendedor: _____		Data: ____/____/____	

Papelaria Médica - R. Sussurana, 275 - Ipiranga - São Paulo - SP - CNPJ 23.207.615/0001-63 - Telefone: (11) 3473-5656 4 Tis 50x1via de 01.000.000 a 01.000.000 - Série BI - Aut. 000000 1/1 - 2017



AERODINI



AEROGOLD



AEROLIN



ALENIA



ANORO



ATROVENT



BEROTEC



BUSONID CAPS



CLENIL



DUOVENT



FLUIR



FORADIL



FORASEQ



FORMOCAPS



LUGANO



MIFLASONA



MIFLONIDE



OXIMAX



ONBRIZE



PULMICORT



RELVAR



SEEBRI



SERETIDE DISKUS



SERETIDE SPRAY



SYMBOCORT



SEREVENT



SPIRIVA



STRIVERDI



VANISTO



ULTIBRO

OPÇÕES DE RESPOSTA	
1	NUNCA
2	RARAMENTE
3	ÀS VEZES
4	QUASE SEMPRE
5	SEMPRE

Cartão 6 – Escala *Likert* para mensuração da Crença em um Mundo Justo - Pessoal

Cartão 7 – Escala de percepção de posição social

Cartão 8 – Escala de Faces de Andrews