



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PEDRO HENRIQUE GOMES OLIMPIO

PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES DE SOBREPESO E OBESIDADE
EM MULHERES DA REGIÃO SEMIÁRIDA DO BRASIL

FORTALEZA

2021

PEDRO HENRIQUE GOMES OLIMPIO

PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES DE SOBREPESO E OBESIDADE EM
MULHERES DA REGIÃO SEMIÁRIDA DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lima Correia.
Coorientador: Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha.

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O39p Olimpio, Pedro Henrique Gomes.
 Prevalência e fatores determinantes de sobrepeso e obesidade em mulheres da região semiárida do
 Brasil / Pedro Henrique Gomes Olimpio. – 2021.
 57 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
 Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2021.
 Orientação: Prof. Dr. Luciano Lima Correia.
1. obesidade. 2. sobrepeso. 3. epidemiologia. 4. saúde da mulher. I. Título.

CDD 610

PEDRO HENRIQUE GOMES OLIMPIO

PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES DE SOBREPESO E OBESIDADE EM
MULHERES DA REGIÃO SEMIÁRIDA DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 07/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Lima Correia (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Marcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Sabrina Gabriele Maia Oliveira Rocha
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

Ao meu companheiro Hyago Carvalho, por
sempre me apoiar e me incentivar.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Ao Prof. Dr. Luciano Lima Correia, pela excelente orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora Márcia Maria Tavares Machado e Sabrina Gabriele Maia Oliveira Rocha pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos professores entrevistados, pelo tempo concedido nas entrevistas.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

“Hipócrates foi o primeiro dentre os autores a ressaltar a importância dos fatores ambientais na gênese das doenças.” (ROUQUAYROL, 2009, p. 319).

RESUMO

Os países desenvolvidos e em desenvolvimento comumente vêm registrando um grande aumento das taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, classificando esta situação como um grave problema para a saúde pública. Esse problema pode ser causado ou agravado por múltiplos fatores, produto da relação entre fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. O estudo analisou a prevalência e os fatores determinantes de sobrepeso e obesidade em mulheres em idade reprodutiva da região semiárida do Brasil. Na amostra por conglomerados de 3200 domicílios do estado do Ceará, foram pesquisadas mulheres entre 15 e 49 anos. O estado nutricional foi medido pelo Índice de Massa Corporal. Para investigar possíveis associações entre as variáveis de interesse foram usados modelos regressivos com link logit ajustados para amostras complexas. 25,2% apresentavam índice de massa corpórea (IMC) compatível com obesidade e 35,0% com o sobrepeso. Ao todo, 60,2% destas mulheres conviviam com níveis excessivos de peso, dentre estas, a maior prevalência encontrava-se nas faixas etárias de 20 e 30 anos de idade. Na análise ajustada, a obesidade esteve positivamente associada a: Quando ajustadas entre si, o excesso de peso esteve positivamente associado a: idade >40 anos (RP=1,37), idade na menarca <12 anos (RP=1,17), ter tido três ou mais filhos (RP=1,17). Os fatores relacionados à saúde foram hipertensão arterial (RP=1,15) e insatisfação com a imagem corporal (RP=4,24). Sobrepeso e obesidade são altamente prevalentes na região semiárida do Brasil. Os fatores reprodutivos identificados apontam para a necessidade de mobilização dos serviços de pré-natal, pós-parto e planejamento familiar na prevenção e no controle da obesidade. Certamente, benefícios significativos relacionados à saúde física e mental podem ser alcançados com a redução dos índices de sobrepeso e obesidade, tais como o controle de doenças crônicas e o sentimento de autoestima elevado na população. Os resultados encontrados neste estudo podem servir de orientação de forma a contribuir para o planejamento e a implementação de políticas e programas voltados para ações de prevenção de longo prazo e ao mesmo tempo direcionados a mulheres em diferentes etapas do ciclo da vida.

Palavras-chave: obesidade; sobrepeso; epidemiologia; saúde da mulher.

ABSTRACT

Developed and developing countries commonly have registered a large increase in the prevalence rates of overweight and obesity, classifying this situation as a serious problem for public health. This problem can be caused or aggravated by multiple factors, resulting from the relationship between genetic, metabolic, social, behavioral and cultural factors. The study analyzed the prevalence and determinants of overweight and obesity in women of reproductive age in the semiarid region of Brazil. In the cluster sample of 3200 households in the state of Ceará, women between 15 and 49 years of age were surveyed. Nutritional status was measured by the Body Mass Index. To investigate possible associations between the variables of interest, regression models with logit link adjusted for complex samples were used. 25.2% had a body mass index (BMI) compatible with obesity and 35.0% with overweight. Altogether, 60.2% of these women lived with excessive levels of weight, among them, the highest prevalence was found in the age groups of 20 and 30 years of age. In the adjusted analysis, obesity was positively associated with: When adjusted for each other, overweight was positively associated with: age >40 years (PR=1.37), age at menarche <12 years (PR=1.17), having had three or more children (PR=1.17). Health-related factors were hypertension (PR=1.15) and body image dissatisfaction (PR=4.24). Overweight and obesity are highly prevalent in the semiarid region of Brazil. The reproductive factors identified point to the need to mobilize prenatal, postpartum and family planning services to prevent and control obesity. Certainly, significant benefits related to physical and mental health can be achieved with the reduction of overweight and obesity rates, such as the control of chronic diseases and a high sense of self-esteem in the population. The results found in this study can serve as a guide to contribute to the planning and implementation of policies and programs aimed at long-term prevention actions and, at the same time, aimed at women at different stages of the life cycle.

Keywords: obesity; overweight; epidemiology; women's health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1	Transição demográfica e epidemiológica	12
2.2	Transição nutricional	13
2.3	Papel da mulher no contexto familiar	15
2.4	Impactos do Programa Bolsa Família no direito à alimentação	16
2.5	Fatores determinantes de sobrepeso e obesidade	17
2.6	Indicadores de sobrepeso e obesidade	20
2.7	Panorama epidemiológico do excesso de peso	20
2.8	Impacto econômico da epidemia de obesidade	21
2.9	Políticas públicas de sobrepeso e obesidade	22
2.10	Inquéritos populacionais	24
3	JUSTIFICATIVA	25
4	OBJETIVO	26
4.1	Objetivo geral	26
4.2	Objetivos específicos	26
5	METODOLOGIA	27
5.1	Delineamento e local do estudo	27
5.2	População e amostra	27
5.3	Variáveis do estudo	30
5.4	Procedimentos de coleta de dados	31
5.5	Análise dos dados	33
5.6	Aspectos éticos	33
6	RESULTADOS	34
7	DISCUSSÃO	41
8	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXOS A – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE SAÚDE MATERNO- INFANTIL NO CEARÁ, 2017	55

1 INTRODUÇÃO

Os países desenvolvidos e em desenvolvimento comumente vêm registrando um grande aumento das taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, classificando esta situação como um grave problema para a saúde pública (BHUROSY; JEEWON, 2014; FORD; PATEL; NARAYAN, 2017), sendo, então, relatado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia mundial (WHO, 2000).

Atualmente mais de 39% dos homens e das mulheres com mais de 18 anos têm excesso de peso e 11% dos homens e 15% das mulheres são obesos. Dessa forma, cerca de dois bilhões de adultos vivem com excesso de peso em todo o mundo e, destes, um pouco mais de meio bilhão são obesos (WHO, 2020).

Para tanto, o sobrepeso e a obesidade podem ser causados ou agravados por múltiplos fatores, produto da relação entre fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais, o entanto, o grande desafio está em compreender como acontece a interação entre todos esses fatores (MELO JUNIOR *et al.*, 2014)

Sendo assim, o excesso de peso constitui um sinal grave à saúde do adulto, mostrando-se intimamente relacionado a um elevado risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, osteoartrite e algumas neoplasias (CERCATO *et al.*, 2004; WHO, 2000, 2003). Esse problema também pode ser prejudicial para a qualidade de vida, levando a certa deficiência na realização de atividades físicas (SCHMALZ, 2010), e na saúde mental, podendo contribuir para desencadear uma série de problemas relacionada à insatisfação com a imagem corporal, como a perda da autoestima e outros problemas psicológicos (LIECHTY; LEE, 2015; LYNCH *et al.*, 2009).

A obesidade vem se tornando um problema relevante para a saúde pública na região semiárida do Brasil, visto que esta região do país historicamente foi descrita pelo carente perfil nutricional, decorrente dos negativos indicadores socioeconômicos e ambientais, constantemente observados em sua população. Um trabalho feito nesta região, por sua vez, pode constatar que populações habituadas a uma condição crônica de subalimentação podem estar mais susceptíveis ao desenvolvimento da obesidade (CORREIA *et al.*, 2011; FLORÊNCIO *et al.*, 2001).

Desde 2009, o UNICEF tem incentivado a implementação do Inquérito de Indicadores Múltiplos, a fim de preencher as lacunas de dados para monitorar a situação de crianças e mulheres (UNICEF, 2006). No Brasil, alguns estados desenvolveram estudos

transversais de abrangência estadual para a avaliação da saúde materno-infantil (VICTORA *et al.*, 1991), dos quais o estado do Ceará foi um dos primeiros a fazê-lo em 1987, através da Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC). O reconhecimento da relevância e importância deste estudo no estado do Ceará estimulou sua repetição, e isso tem sido feito seis vezes desde então, constituindo uma das poucas séries transversais de saúde materno-infantil.

Desde então, os dados dessas pesquisas têm sido usadas para entender os determinantes de saúde dessas populações. Diferentemente da população infantil, a necessidade de mais informações sobre a situação de saúde das mulheres do estado do Ceará mostra a importância deste estudo, visto que pouco trabalho tem sido feito para entender a situação dessa população em nosso contexto atual, levando em consideração a importância das mulheres em nossa sociedade. E assim, propiciando o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde dessa população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e até mesmo federal.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Transição demográfica e epidemiológica

Os estudos populacionais têm na denominada teoria das transições demográficas uma de suas mais importantes contribuições para o entendimento das transformações da existência humana, da modernidade e da contemporaneidade (CERVELLATI; SUNDE, 2015).

A teoria da transição demográfica foi formulada a partir da relação entre o crescimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico. Deste modo, a passagem de uma sociedade rural e tradicional com altas taxas de natalidade e mortalidade para uma sociedade urbana e moderna com baixas taxas de natalidade e mortalidade constitui o esquema dessa transição (MYRRHA; TURRA; WAJNMAN, 2017; SIMÕES, 2016).

No Brasil, muitas questões sociais e culturais são influenciadas pelas intensas transformações demográficas no país. Por volta da metade da década de 1960 começam a iniciar as alterações da estrutura etária na população brasileira e essa transição situa-se em uma fase adiantada do processo (CORTEZ *et al.*, 2019).

Os efeitos da transição demográfica são evidentes, de modo que as atividades econômica e social não estão isentas de associação com estas transformações, pois são induzidas tanto pelas mudanças na constituição populacional quanto pelas prováveis consequências que a atual situação demográfica pode desempenhar em relação aos indivíduos, seu comportamento e as medidas que adotam no decorrer da vida. Entretanto, esse processo não acontece isoladamente, estando rodeado por outras modificações que são igualmente relevantes (MIRANDA, 2015; OLIVEIRA, 2019).

Desse modo, ao longo dos últimos cem anos, os países que sofreram essas mudanças sociodemográficas notaram uma grande transformação em seu perfil epidemiológico, caracterizada pela progressiva queda das doenças infecciosas e parasitárias e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas (ARAÚJO NETO, 2019; CORTEZ *et al.*, 2019).

As características de morbidade e mortalidade podem ser vistos como indicadores relativos, possuindo algum nível de variabilidade e sensibilidade, e sofrendo influencia do progresso e das circunstâncias de vida de cada população, sendo assim o produto da relação entre vários aspectos interdependentes (OLIVEIRA, 2019)

A transição epidemiológica é definida como um conjunto de várias

transformações nos parâmetros de saúde/doença e nas relações entre estes, sendo influenciado por determinantes sociodemográficos, econômicos e outros elementos decorrentes (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

Nesse processo de transformações dos parâmetros de saúde-doença, as transformações mais importantes acontecem em mulheres e crianças, e as transformações que constituem a transição epidemiológica estão intimamente ligadas às transições demográficas, bem como ao ritmo e padrão de vida das pessoas, nos determinantes e nas transformações decorrentes na população (MIRANDA, 2015).

A composição das características de morbimortalidade no Brasil tem passado por modificações através das décadas e os processos de transição demográfica e epidemiológica teve como consequência o desenvolvimento de grupos populacionais com propriedades específicas e inerentes (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015). Tal processo iniciou-se em decorrência do declínio da mortalidade infantil e o crescimento da expectativa de vida da população brasileira, colaborando para uma maior frequência de aparecimento de doenças crônicas (ARAÚJO NETO, 2019).

As particularidades do perfil da transição epidemiológica do Brasil é um assunto pertinente a ser debatido. Essas transformações se intensificaram progressivamente de modo que, ao chegar à década de noventa, o país apresentava um perfil epidemiológico polarizado, pois, ainda persistem, taxas comparativamente altas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, além disso, pelo relevante aumento das causas externas, a violência social representada em suas mais diversas formas (TAVARES; LOVATE; ANDRADE, 2018). No entanto, percebe-se uma complexa diversificação no cenário epidemiológico por conta da distribuição desigual dos riscos e agravos em cada população, em que regiões distintas do país mostram taxas, coeficientes e condições adversas, apresentando dessa maneira, distinções relevantes nos mais variados grupos populacionais em se tratando das circunstâncias de vida e trabalho no país (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

2.2 Transição nutricional

A urbanização, o envelhecimento, as mudanças socioeconômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros, e conseqüentemente, tem crescido a prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (ALVES *et al.*, 2016; CAMARANO, 2014).

Essas alterações no estilo de vida estão diretamente relacionadas à chamada “transição nutricional”, que diz respeito às mudanças nos padrões nutricionais, ou seja, às modificações na estrutura da dieta e na composição corporal dos indivíduos (JAIME; SANTOS, 2014; SILVA, 2017). Esse processo caracteriza-se pela redução das carências nutricionais globais, ou seja, redução da desnutrição e pelo aumento do sobrepeso e da obesidade, acarretando em mudanças no padrão da distribuição de morbimortalidade das populações (SOARES *et al.*, 2014).

As mudanças alimentares e na composição do corpo aconteceram de modos e intensidades diferentes, conforme a região, cultura e situação socioeconômica dos indivíduos. As áreas urbanas em países em desenvolvimento são onde se observa maior repercussão na oferta de alimentos e alterações no consumo, especialmente nas duas últimas décadas do século XX e início do século XXI (KAC; SICHIERI; GIGANTE, 2007; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Várias outras concepções tentam esclarecer estes acontecimentos: além das transformações nos padrões da vida humana, a introdução da mulher no mercado de trabalho, um fato muito relevante, especialmente na década de 1970, acarretando em uma família economicamente dependente da cooperação da renda da mulher (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012). Dessa forma, esquece-se aos poucos da imagem da mulher “dona de casa”, provocando mudanças na qualidade da alimentação, devido à mesma não dispor de tempo hábil para elaborar as refeições com a devida qualidade, favorecendo escolhas inadequadas como por alimentos industrializados, e, também, a prática de fazer refeições fora de casa (LELIS; TEIXEIRA; SILVA, 2012).

Nesse processo de transição nutricional, o crescimento da prevalência de sobrepeso e obesidade é provavelmente influenciado pelo padrão de consumo alimentar e hábitos de vida não saudáveis, caracterizado pela alta ingestão de gordura total, açúcar, colesterol, carboidratos refinados e baixo consumo de ácidos graxos poli-insaturados e fibras (BARROS *et al.*, 2018). Esta fase é observada em países economicamente mais desenvolvidos e em partes da população em países em desenvolvimento. Assim, doenças crônico-degenerativas como diabetes mellitus, neoplasias, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares se tornaram igualmente mais constantes (ABLARD, 2021).

Em um estudo realizado no Brasil, denominado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), verificou-se que no conjunto da população estudada, o consumo regular de frutas e hortaliças teve uma frequência de 33,9%, sendo menor entre homens (27,7%) do que entre mulheres (39,2%). Na mesma

pesquisa, o consumo recomendado de frutas e hortaliças teve uma frequência na população de 23,1%, sendo menor entre homens (18,4%) do que entre mulheres (27,2%). Ainda verificou-se o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana na população que teve uma frequência de 14,4%, sendo mais elevada entre homens (17,7%) do que entre mulheres (11,6%) (BRASIL, 2019).

Observa-se, então, a ocorrência da transição nutricional concomitantemente ou sucessivamente à transição epidemiológica e demográfica. Portanto, seria inadequado examinar qualquer destes processos separadamente, visto que as transições influenciam umas as outras (PEDRAZA, 2013).

2.3 Papel da mulher no contexto familiar

No final do século XIX, o ambiente social das mulheres que trabalhavam estava limitado ao círculo familiar, entretanto, ao final deste século aparecem as primeiras escolas normais no Brasil, com a finalidade de prepará-las para o Magistério. Essa era praticamente a única profissão admissível pela sociedade para mulheres de classe mais elevadas (BARROS; MOURÃO, 2018; MARIANO; SOUZA, 2021).

Com a carência de mão de obra para as indústrias no fim do século XIX, cresce a necessidade de mulheres solteiras e de classes mais baixas trabalharem nas fábricas (MARIANO; SOUZA, 2021). No final de 1960 acontece a inclusão feminina nas áreas relacionadas à Arquitetura, Engenharia, Medicina e Direito (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

As mulheres passam a não ter mais, somente, a vida do lar e se dirigem para as universidades com o propósito de realizar um projeto de vida profissional (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2000, 2001). A atuação feminina no mercado de trabalho brasileiro se expande com o crescimento da economia. Com o desenvolvimento da urbanização e a aceleração do processo industrial, torna-se mais intensa a participação feminina no mercado de trabalho brasileiro a partir de 1970 (LEONE, 1999). Atualmente, nos países em desenvolvimento, as mulheres empreendedoras são, na maioria das vezes, as primeiras em suas famílias a adquirir educação para começar e dirigir seu próprio negócio (BULLOUGH *et al.*, 2015).

A atividade permanente da mulher no mercado de trabalho proporciona a ela conviver com duas formas de atuação: universal, quando trabalha fora de casa, versus particular, relacionado ao trabalho doméstico. Isso acontece devido a sua continuidade como a responsável pelas tarefas de casa e pela criação dos filhos, mesmo assumindo uma atividade produtiva fora de casa (BARBOSA *et al.*, 2010).

Com a estabilidade da mulher no mercado de trabalho começa a ficar mais evidente o conflito entre a vida pessoal e a profissional. Um conflito antigo e que acontece até os dias de hoje, pois, se a mulher cumpre com as atividades do lar, tem problemas para se dedicar nas atividades fora de casa, não conseguindo, dessa forma eficiente, ter uma vida financeira independente. Se ela começa a fazer parte efetivamente do mercado de trabalho e passa a ganhar a vida independente, se sobrecarrega ao exercer as atividades domésticas (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2017).

A jornada de trabalho dupla, atual situação da mulher nas sociedades de capitalismo avançado, carrega consigo culpa e cansaço, no momento em que ela quer alcançar um lugar fora do lar e não pode contar com alguém para dividir as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, realidade essa da trabalhadora brasileira, e uma das razões para a busca por uma nova perspectiva profissional empreendedora, a fim de ter mais flexibilidade e controle de sua rotina para cuidar das atividades domésticas (CARVALHO NETO; TANURE; ANDRADE, 2010; SANTOS, 2012).

A preferência pelo empreendedorismo como forma de introdução no mercado de trabalho vem com o objetivo de alcançar a independência financeira e de realização da mulher, além de poder reagir às mudanças que ocorrem dentro de casa (JONATHAN, 2011). Muitas mulheres brasileiras, estimuladas a empreender em razão dos cuidados com os filhos, atuam em suas próprias casas, transformando o espaço do lar em home office, permitindo a harmonização das duas atividades (NATIVIDADE, 2009).

Contudo, ainda predomina como um grande desafio das mulheres empreendedoras a busca pelo equilíbrio entre a vida familiar e a vida profissional (BARBOSA *et al.*, 2010). Isto é, os papéis socialmente impostos às mulheres relacionados à família, o pensamento de que seu trabalho principal é exercer as responsabilidades domésticas e reprodutivas constituem uma das maiores dificuldades para o ingresso, a permanência e o sucesso do seu empreendimento (BULGACOV *et al.*, 2010).

Independentemente de toda a exaustão, elas demonstram amor pelo que fazem, felicidade no trabalho e grande realização profissional e pessoal (SANTOS, 2012).

2.4 Impactos do Programa Bolsa Família no direito à alimentação

O posicionamento jurídico brasileiro, assim como os tratados de direitos humanos garantem o direito à alimentação adequada (LEÃO, 2013). Entretanto, a privação do acesso regular e permanente da população mais pobre aos alimentos por limitações de renda sempre

foi causa majoritária de insegurança alimentar no Brasil (BRAGA; COSTA, 2021).

No começo do século XXI, as políticas de proteção social ganharam força no Brasil e, em 2004, foi criado o Programa Bolsa Família - PBF, que visa promover a transferência direta e condicionada de renda, com o objetivo de combater a pobreza e a fome, fomentando a segurança alimentar (FONSECA; ROQUETE, 2018).

A importância do Programa Bolsa Família resulta, principalmente, de dois aspectos: do reconhecimento de sua relevância e do êxito deste programa de transferência condicionada de renda na melhoria das condições sociais do país e do combate à fome, e pela perspectiva do enfrentamento simbólico e moral da situação de pobreza e avanços no processo emancipatório do povo brasileiro (FARIA; DIAS, 2016).

Todavia, o relevante aumento do consumo de alimentos por famílias pobres em decorrência da transferência de renda trouxe efeitos negativos, em se tratando das mudanças de hábito alimentar da população de baixa renda, proporcionando a escolha pelo consumo de alimentos altamente calóricos e muito pouco nutritivos, que podem provocar o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade (MIRANDA FILHO, 2017).

De acordo com relatório do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas de 2008, o dinheiro do PBF, na época, era gasto majoritariamente com alimentação (BRASIL, 2008), sendo que, quanto mais pobre a família, maior era a proporção da renda gasta com alimentação. E segundo um estudo de revisão crítica da literatura que trata o PBF e a segurança alimentar e nutricional no Brasil, o Programa afeta significativamente apenas os domicílios em situação de insegurança alimentar leve, aumentando em 11% as chances de esse grupo tornar-se seguro, mas sem resultados estatisticamente significativos no caso dos beneficiários em condições de insegurança alimentar moderada e grave (COTTA; MACHADO, 2013).

Se por um lado, de forma geral, o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família, como já destacado, favorece o aumento e variedade dos alimentos ingerido pelas famílias, por outro lado, deve-se ressaltar que alimentos de maior densidade calórica e menor valor nutritivo são mais consumidos, o que contribui para a prevalência de excesso de peso e obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, associadas a dietas com alta densidade energética e alimentos processados e ultraprocessados (MARTINS *et al.*, 2013).

2.5 Fatores determinantes de sobrepeso e obesidade

A desproporcionalidade energética entre as calorias consumidas e as calorias

gastas é a razão elementar da obesidade e do sobrepeso. Mundialmente, tem se observado um elevado crescimento do consumo de alimentos energeticamente concentrados e ricos em gordura e um crescimento na inatividade física em razão da condição cada vez mais sedentária da maioria das formas de trabalho e crescimento acentuado da urbanização (KAUFMANN; KUBO, 2020).

Simultaneamente com as modificações do padrão dietético, percebe-se um intenso declínio do nível de atividade física (SILVA *et al.*, 2018). Este acontecimento pode ser esclarecido por diversos fatores, entretanto, as transformações mais importantes estão na distribuição das ocupações setoriais (da agricultura para a indústria) e o crescimento do número de trabalhos com diminuição do esforço físico ocupacional, devido do crescimento da tecnologia (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019).

Transformações nos padrões de atividade física e dietética são, constantemente, a consequência de transformações ambientais e sociais relacionadas ao desenvolvimento e escassez de políticas de apoio em setores como agricultura, planejamento urbano, transporte, saúde, meio ambiente, distribuição e processamento de alimentos, educação e marketing (SILVA, 2017).

Percebem-se, também, transformações nas atividades de lazer, que vão de atividades com elevado gasto de energia, tais como longas caminhadas e prática de esportes, para atividades mais sedentárias, relacionadas à televisão, computador e videogame (SIGILIÃO *et al.*, 2018). No tocante às horas assistindo televisão, é interessante comentar sobre dois relevantes fatos: a redução do gasto energético, por conta da diminuição da atividade física propriamente dita, e o intenso crescimento do consumo de alimentos com elevada densidade calórica ao mesmo tempo em que assiste televisão (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019).

Segundo a Vigitel, a prática de atividade física no tempo livre, equivalente a 150 minutos de atividade moderada por semana, teve uma frequência de 38,1%, sendo maior entre homens (45,4%) do que entre mulheres (31,8%), no conjunto das 27 cidades brasileiras estudadas. A frequência de adultos fisicamente inativos foi de 13,7%, sendo este percentual levemente maior entre mulheres (14,2%) do que entre homens (13,0%) (BRASIL, 2019). A mesma pesquisa verificou, também, que os adultos que gastam três horas ou mais por dia do seu tempo livre assistindo televisão ou usando computador, celular ou *tablete* tiveram uma frequência de 63,3% no conjunto da população, sendo este percentual um pouco maior entre homens (65,0%) do que entre mulheres (61,9%) (BRASIL, 2019).

O crescimento do sedentarismo da população também sofre contribuição

determinante do emprego de recursos tecnológicos. Portões eletrônicos, vidros automáticos, escadas rolantes, e a utilização cada vez mais comum de equipamentos domésticos como máquinas de lavar roupa e louça, são apresentados como os principais agentes responsáveis pela diminuição do gasto energético com atividades do cotidiano (MENDES; CUNHA, 2013).

Existe, também, uma concordância de que há aspectos psicológicos implícitos no desenvolvimento e na redução do excesso de peso, o que torna complexo o processo de emagrecimento e obtenção de hábitos saudáveis (LIMA; OLIVEIRA, 2016). Esses fatores associam-se a algum tipo de aflição psíquica, como tristeza, ansiedade, preocupação, culpa, raiva, estressantes psicossociais, assim como um prejuízo da autoestima (FUSCO *et al.*, 2020).

Desde o começo desta década, trabalhos têm sido realizados para verificar uma provável associação entre experimentar casos de violência familiar e o estado nutricional de indivíduos. Esses estudos têm focado principalmente na violência, acontecendo na infância ou adolescência e sua consequência nessas mesmas etapas ou na vida adulta. Ainda que limitados, as análises mostram uma associação positiva entre violência e sobrepeso/obesidade (MIDEI; MATTHEWS, 2011; WILLIAMSON *et al.*, 2002). A principal hipótese dessas pesquisas é que tanto a experiência de casos de abuso contra si próprio, como o testemunho da violência entre parceiros íntimos na infância e na adolescência provocariam uma sequência de danos à saúde mental, que por sua vez resultariam em um consumo exagerado de alimentos de elevada densidade energética e redução da atividade física, estilos de vida que podem manter-se até a fase adulta (FERREIRA *et al.*, 2015; MIDEI; MATTHEWS, 2011).

Dessa maneira, o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade vem sendo relacionada a vários processos biopsicossociais, no qual o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não somente o indivíduo e suas preferências, exerce uma posição estratégica na investigação do problema (DIAS *et al.*, 2017).

Observa-se, então, o excesso de peso pode ser causado ou agravado por múltiplos fatores, resultantes de interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais, contudo, parte dos desafios reside em entender como ocorre a interação entre esses múltiplos fatores (AOYAMA *et al.*, 2018; LISOWSKI *et al.*, 2019). E como resposta às transformações nos padrões da vida humana, o aumento das prevalências do sobrepeso e da obesidade são as consequências mais importantes destas transformações (DUARTE; BARRETO, 2012).

2.6 Indicadores de sobrepeso e obesidade

Alguns indicadores antropométricos têm sido apresentados para diagnosticar os riscos para a saúde levando em conta o aumento da gordura corpora, contudo, os indicadores de excesso de peso, obesidade requerem atenção, pois acarretam responsabilidades ao indivíduo, à sociedade e aos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2016).

Índice de massa corporal (IMC) é um índice simples de peso para altura que é frequentemente utilizado para identificar sobrepeso e obesidade em adultos. Este índice é determinado através do peso de um indivíduo em quilogramas, dividido pelo quadrado da sua altura em metros (kg / m^2). Para adultos, a OMS define sobrepeso e obesidade da seguinte maneira: IMC maior ou igual a 25 é classificado com excesso de peso; maior ou igual a 30 é classificado com obesidade (WHO, 2020).

O IMC é um exemplo de um indicador de obesidade geral normalmente utilizado na prática clínica e epidemiológica, devido a simples execução, baixo custo e eficiente poder de predição de fatores de risco à saúde cardiovascular. Todavia, deve ser visto como um guia aproximado, pois pode não representar o mesmo grau de gordura em pessoas diferentes (PELEGRINI *et al.*, 2015).

Contudo, em um estudo realizado no Brasil, mostrou que a relação cintura-quadril (RCQ) e o índice de conicidade (IC) entre homens e mulheres apresentaram alto poder para discriminar obesidade abdominal latente, sendo o IC o melhor indicador neste estudo. A circunferência da cintura (CC) entre as mulheres revelou capacidade moderada em distinguir obesidade abdominal latente (EICKEMBERG *et al.*, 2020).

2.7 Panorama epidemiológico do excesso de peso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida como acúmulo de gordura anormal ou excessivo que pode prejudicar a saúde (WHO, 2020). Assim, a obesidade vem sendo apontada como uma das mais relevantes desordens nutricional nos países desenvolvidos, em razão do crescimento de sua incidência (CHOOI; DING; MAGKOS, 2019).

De acordo com a OMS, a obesidade é considerada atualmente uma epidemia global. Em 2016, 39% dos homens e das mulheres com mais de 18 anos tinham excesso de peso e 11% dos homens e 15% das mulheres eram obesos. Desta maneira, aproximadamente dois bilhões de adultos estavam com excesso de peso em todo o planeta e, destes, um pouco

mais de meio bilhão eram obesos. A prevalência mundial da obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016. As taxas de obesidade nos homens subiram de cerca de 3% e nas mulheres de pouco mais de 6%, ao mesmo tempo em que o excesso de peso cresceu nesse mesmo período de 20% nos homens e de pouco menos de 23% nas mulheres (WHO, 2020).

Na América Latina e no Caribe a prevalência da obesidade em adultos triplicou em comparação as taxas existentes em 1975, de modo que, atualmente, 1/4 dos adultos convive com obesidade em uma região onde a fome voltou a ter níveis elevados e atinge 42,5 milhões de pessoas, confirma o atual relatório das Nações Unidas. Conforme o relatório, o crescimento mais considerável da obesidade adulta na região foi constatado no Caribe, onde o percentual quadruplicou, passando de 6% em 1975 para 25%, um aumento em termos absolutos de 760 mil para 6,6 milhões de pessoas. Ainda que o sobrepeso atinja homens (58,9%) e mulheres (59,9%) adultos da mesma maneira, a taxa de obesidade feminina é mais de 7,7 pontos percentuais maior que a dos homens: 27,9 % de mulheres adultas na região convivem com obesidade (FAO *et al.*, 2019).

De acordo com a Vigitel, cresce o número de pessoas com excesso de peso no Brasil, onde 55,7% dos brasileiros estão acima do peso (índice era 42,6% em 2006), sendo um pouco maior entre homens (57,8%) do que entre mulheres (53,9%), sendo que nas mulheres a frequência do excesso de peso aumentou com a idade. A pesquisa mostra que 19,8% da população brasileira está obesa, sendo levemente maior entre as mulheres (20,7%) que entre os homens (18,7%). Nas mulheres, a frequência de obesidade aumentou com a idade e, em ambos os sexos, a frequência de obesidade reduziu com o aumento do nível de escolaridade, de forma notável para mulheres (BRASIL, 2019).

2.8 Impacto econômico da epidemia de obesidade

Os danos à saúde e a epidemiologia da obesidade demonstram a relevância e o impacto da doença, no campo individual e coletivo (MURRAY *et al.*, 2019). As DCNT representam uma grande carga para os sistemas de saúde, as sociedades e as economias nacionais devido a seu crescente custo (BERTRAM *et al.*, 2018). Nesse sentido, a Década de Ação sobre a Nutrição das Nações Unidas (2016-2025) convocou os países membros a se comprometerem com o enfrentamento de todas as formas de má nutrição, com destaque para desnutrição, carências nutricionais específicas, sobrepeso e obesidade e DCNT (WHO, 2018).

O conhecimento acerca dos custos atribuíveis a doenças pode subsidiar o aprimoramento e a priorização das políticas de prevenção e enfrentamento das DCNTs, além

de fortalecer a defesa de intervenções mais robustas para prevenção dessas doenças, inclusive medidas fiscais e regulatórias (NILSON *et al.*, 2019). No âmbito da Década, as análises econômicas se somam às evidências epidemiológicas como embasamento para implementar eixos de ação, fortalecendo, por exemplo, as iniciativas nutricionais nos sistemas de saúde, a educação alimentar e nutricional, a construção de ambientes saudáveis que favoreçam escolhas alimentares saudáveis, a ampliação dos investimentos em nutrição e a governança e prestação de contas em nutrição (WHO, 2018).

No Brasil, os custos estimados de doenças cardiovasculares aumentaram em 17% de 2010 a 2015, alcançando R\$ 37,1 bilhões no ano de 2015 (US\$ 9.6 bilhões), incluindo os custos estimados por morte prematura, os custos diretos com internações e as perdas de produtividade relacionados à doença (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). De 2010 a 2016, os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) atribuíveis ao diabetes com doenças renais crônicas quase dobraram, passando de US\$ 1,4 milhão para US\$ 2,6 milhões. Em 2011, os gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS com obesidade chegaram a US\$ 269,6 milhões, dos quais quase 24% eram atribuíveis à obesidade mórbida (GONCALVES; SILVA, 2018; OLIVEIRA; SANTOS; SILVADA, 2015). Grande parte dos gastos com tratamento de doenças no SUS, um sistema de saúde universal e gratuito, se concentra nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, assim como na dispensação de medicamentos para controle de doenças crônicas pelo Programa Farmácia Popular (SILVA; CAETANO, 2015).

Conhecer os custos das doenças permite dimensionar a magnitude de sua carga para o sistema de saúde e para a economia, assim como avaliar o impacto de políticas implementadas e subsidiar a tomada de decisões ao permitir a comparação da economicidade de distintas medidas (NILSON *et al.*, 2019).

2.9 Políticas públicas de sobrepeso e obesidade

Sendo, então, considerada uma epidemia mundial, sobrepeso e obesidade ganharam destaque na agenda pública internacional nas três últimas décadas (FORTES; RIBEIRO, 2014). No Brasil, a obesidade torna-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, diante da sua magnitude e da associação com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional (RECH *et al.*, 2016).

Desde a década de 1990, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no Brasil, do Ministério da Saúde, definiu diretrizes para organizar as ações de prevenção e

tratamento da obesidade no SUS e no ano seguinte estabeleceu a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Entre 2011 e 2014, o foi formulado do plano intersetorial de combate à obesidade, que subsidiou uma estratégia que sistematiza recomendações para estados e municípios (DIAS *et al.*, 2017; FREITAS *et al.*, 2014).

O diálogo entre instituições com práticas distintas implica um processo político e decisório complexo, atravessado por múltiplos conflitos de interesses. Medidas que estimulem indivíduos a modificarem, por si sós, seu estilo de vida, práticas alimentares e de atividade física podem ser mais facilmente adotadas pelos governos, pois se alinham aos interesses e às estratégias de marketing da indústria de alimentos (MARTINS, 2018). Por outro lado, medidas que visam às transformações nos “ambientes obesogênicos”, como a regulamentação da publicidade de alimentos, podem afetar os interesses comerciais (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011). Ambas são igualmente importantes, mas sua operacionalização impõe desafios políticos e de gestão distintos.

Diante da diversidade de concepções, de soluções possíveis e de interesses em disputa, os governos disseminam determinados tipos de intervenção com base em justificativas e argumentos específicos que operam como estratégias de convencimento. Ampliar a concepção restrita da obesidade como doença e propor medidas ambientais têm se tornado um imperativo diante da baixa resolutividade das intervenções focadas apenas no corpo e no atendimento individualizado (SANTOS; SCHERER, 2011).

Com a intensão de promover a alimentação saudável pela população e se opor ao cenário atual, o Ministério da Saúde publicou o Guia Alimentar para a População Brasileira em 2006 e 2014. E na sua última versão, o documento trata dos princípios e das recomendações de uma alimentação adequada e saudável, tornando-se um instrumento de assistência às ações de educação alimentar e nutricional. Entre as suas recomendações, o Guia prioriza o consumo de alimentos frescos (in natura ou minimamente processados) e preparações culinárias em detrimento ao consumo de alimentos ultraprocessados. Com o objetivo de auxiliar os indivíduos no atendimento dessas recomendações, o Guia salienta a necessidade do pensamento crítico quanto à informação disponível sobre a alimentação, principalmente no que diz respeito à publicidade de alimentos e bebidas (BRASIL, 2014).

Estratégias que ultrapassem o âmbito de ação do setor saúde são necessárias, dadas as dificuldades em universalizar medidas individualizadas, além dos limites que os próprios indivíduos enfrentam para modificar suas “escolhas” pessoais em contextos adversos à adoção de práticas saudáveis. Nesse sentido, a abordagem da obesidade na perspectiva da

promoção da saúde contribui para pensar o problema em uma ótica referenciada não apenas na doença e no tratamento (ALMEIDA *et al.*, 2017).

2.10 Inquéritos populacionais

Em diversos países do mundo, assim como no Brasil, os inquéritos populacionais têm um grande valor para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e políticas de saúde, sendo particularmente essenciais para reconhecer padrões e tendências em saúde, nas chamadas, séries temporais, quando os inquéritos são realizados sequencialmente (CASTILHO; GOLDBAUM, 2017).

Ainda que os sistemas de informação em saúde tenham bom funcionamento, gerando, de modo eficiente, dados sociodemográficos, os inquéritos populacionais são fundamentais para determinar a situação de saúde, fatores de risco e comportamentos pertinentes à saúde em populações distintas. Possibilitam também reconhecer condições de desigualdade relacionadas ao acesso, uso e custo dos serviços de saúde disponibilizados à população (GONÇALVES, 2018).

Os Levantamentos de Saúde e Demografia (DHS) são bastante conhecidos nos países em desenvolvimento. Desde o início da década de 80, essa pesquisa tem sido coordenada pelo governo dos Estados Unidos, em mais de 90 países, incluindo o Brasil, com enfoque na saúde materno-infantil e planejamento familiar (BEMFAM, 1997).

No Brasil, os sistemas oficiais de informação em saúde cada vez mais se fortalecem, registrando fatos importantes em todos os níveis da saúde, sendo complementados pelas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), que regularmente adicionam um componente de saúde, junto da recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018).

Exclusivamente na Região Nordeste do Brasil, evidenciam-se a Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco (PESN) (CAMINHA *et al.*, 2010), e a Pesquisa Estadual de Saúde Materno-Infantil (PESMIC) realizada no Estado do Ceará nos anos de 1987, 1990, 1994, 2001, 2007 e 2017, ora, este último, objeto deste estudo (CORREIA *et al.*, 2014).

3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo analisa dados de uma pesquisa de caráter populacional sobre saúde materno-infantil realizado com mais de três mil famílias que residem no estado do Ceará, um dos locais mais representativos do semiárido brasileiro, visto que possui a maior parte do seu território dentro desta região.

As mulheres adultas, a população-alvo desta pesquisa, ainda fazem parte de um conjunto no qual poucos estudos foram feitos para demonstrar o cenário nutricional dessa população na região semiárida, mesmo que indicadores regionais indiquem um aumento crescente das taxas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas na população feminina.

Percebe-se a importância fundamental de estudos que mensurem a magnitude do problema do excesso de peso nesta populacional feminina e que identifiquem os fatores associados (POOBALAN; AUCOTT, 2016), dessa forma, auxiliando para um direcionamento mais adequado às políticas públicas que tratam da sua prevenção e controle.

4 OBJETIVO

4.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência e os fatores determinantes de sobrepeso e obesidade em mulheres em idade reprodutiva da região semiárida do Brasil.

4.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade na população.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde das mulheres.
- Verificar a associação entre sobrepeso e obesidade e seus fatores determinantes nas mulheres da região semiárida do Brasil.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento e local do estudo

O presente estudo é do tipo transversal e analítico. Trata-se de um recorte das séries de estudos PESMIC, um levantamento domiciliar de abrangência estadual, com uma amostra representativa de mulheres em idade reprodutiva e pré-escolares no estado do Ceará, situado na região Nordeste do Brasil.

5.2 População e amostra

A população do estudo será constituída por uma amostra representativa das mulheres (15 – 49 anos) do estado do Ceará, abordada na última versão da pesquisa maior.

O tamanho da amostra de 8.000 domicílios foi inicialmente estabelecido no primeiro estudo de 1987. No entanto, na última PESMIC, em 2017, apenas os domicílios com filhos (0 a 6 anos) foram estudados. Como consequência, foi possível reduzir o número de domicílios visitados, de 8.000 para 3200, com pequena perda de potência amostral (precisão absoluta de 1,04).

Utilizando a fórmula para amostragem aleatória simples e adotando os seguintes valores para os parâmetros $N = 8.452.381$, $z = 1,96$, $e = 2\%$ e $p = 20\%$ chegamos ao $n = 1537$. Utilizando fator de correção igual a 2 para ajustar à amostragem por conglomerados que será definida ainda nesta sessão, duplicamos o n obtemos o tamanho amostral mínimo de 3072. Para suprir a perdas eventuais adicionou-se 128 amostras ao tamanho mínimo totalizando 3200 domicílios.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Em que:

n – amostra calculada

N – população

z – quantil da distribuição normal relativo ao nível de significância adotado

e – erro amostral

p – prevalência estimada

No estudo todas as famílias visitadas forneceram mulheres para o estudo. Para garantir a representatividade da população estudada, a seleção de municípios, setores e

domicílios foi realizada de forma aleatória, obedecendo a um processo de amostragem em múltiplos estágios.

O plano de amostragem seguiu os seguintes passos:

a) Amostragem estratificada, considerando a proporção populacional da capital e do interior do estado, bem como por região de saúde (regiões geográficas que possuam características de saúde semelhantes) (Figura 1);

Figura 1 – Microrregiões de saúde no estado do Ceará



Fonte: Ceará em Mapas (IPECE).

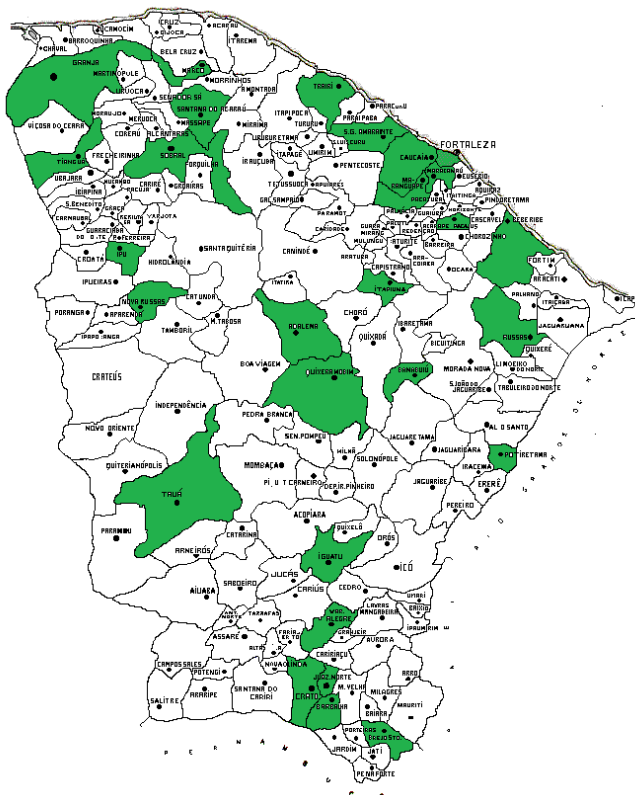
b) Amostragem sistemática para a seleção dos municípios a serem pesquisados, com 40 municípios;

c) Amostragem por clusters, para a seleção de agregados familiares dentro de cada município. Nesta última etapa, foram utilizados os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (áreas geográficas de extensão variável, mas com uma população uniforme de 300 famílias) para localizar os conglomerados de 20 casas.

Esta amostragem foi randomizada; foi inicialmente criada uma lista de todos os

municípios com suas respectivas populações, sequenciados por região de saúde que serviram de estrato para garantir uma distribuição geográfica adequada da amostra. Depois disso, o primeiro indivíduo que fazia parte do estudo foi sorteado aleatoriamente, com um sorteio aleatório de um número entre 1 e 8.452.381 (a população total do estado). Para isso, utilizamos o site *random.org*, que gera sua randomização baseada em dados atmosféricos. Após o sorteio do primeiro indivíduo, foi definido o tamanho de cada salto na amostragem sistemática, dividindo a população pelo número de 40 municípios desejados, obtendo-se, no caso, o número 211.309. Este foi o intervalo de retirada, ou seja, o número utilizado para estabelecer os saltos realizados a partir do primeiro indivíduo que foi sorteado. Por esse processo, um município grande, para ter seu peso populacional respeitado na amostra, poderia ser sorteado mais de uma vez. De fato, a capital do estado, Fortaleza, com 2.300.000 habitantes, foi selecionada dez vezes, e um município do interior (Caucaia) foi selecionado duas vezes. Assim, ao final do processo de amostragem sistemática, 29 municípios compuseram a amostra final, ao invés de 40, conforme inicialmente estabelecido (Figura 2).

Figura 2 – Municípios sorteados para compor a amostra da PESMIC VI



Fonte: Dados da pesquisa.

Em cada município, foram sorteados 4 setores censitários em áreas urbanas e

rurais, para cada vez que o município foi inicialmente tirado no sorteio, permitindo assim a representação de todas as áreas, mesmo as mais remotas. Esses setores foram sorteados por seleção aleatória simples. Os setores são representados por um único número sequencial, e esse número identificador é usado como o universo da loteria. Uma vez que o setor foi sorteado, e seu respectivo mapa obtido junto ao IBGE, a localização do conglomerado de 20 casas a serem pesquisadas dentro do setor foi determinada por lote, utilizando o software ArcGis na versão 10.1. Novamente, determinou-se o ponto de partida do conglomerado, ou seja, o primeiro domicílio a ser visitado, e ficou estabelecido que, nas áreas urbanas, seria necessariamente um cruzamento, com as possíveis coordenadas dentro do setor sorteado. Para que o ponto fosse corretamente selecionado para ser um cruzamento, a ferramenta de encaixe era usada para "conectar" os pontos e linhas, dado que a orientação era que os pontos de partida teriam que estar localizados nas interseções das trilhas. O arquivo * kml resultante foi exportado para o mymaps (uma função do Google que permite manipular dados sobre a malha de imagens do googlemaps).

A escolha desta função deveu-se à maior precisão da rua e à maior disponibilidade de informações de pontos que podem ser utilizados como referência no campo, como comércios, escolas, igrejas, etc. Deste total, 20 consecutivos domicílios (com crianças menores de 6 anos) foram visitados, sempre com destino ao ponto cardinal leste. Um exemplo pode ser visto na Figura 3.

Figura 3 – Direita: exemplo de possíveis pontos iniciais gerados aleatoriamente. À esquerda: setor do Censo sorteado



Fonte: Dados da pesquisa.

5.3 Variáveis do estudo

As questões pesquisadas sobre crianças, mulheres e suas famílias evoluíram à medida que novos tópicos de interesse foram incluídos na agenda global, nacional ou local de saúde materno-infantil nos consecutivos PESMICs. As variáveis básicas, no entanto,

permaneceram em todos os seis questionários, permitindo análises comparativas ao longo da série.

Os dados tiveram dupla entrada no computador, sendo os dois bancos de dados validados por erros de digitação. No processamento de dados, utilizou-se o software Epi Info 2000 em 2017.

As medidas antropométricas das mulheres permitiram o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que correlaciona peso e estatura, segundo sexo e idade, e parâmetros preconizados pela OMS (WHO, 2000).

Classificação do IMC (kg/m^2):

- Baixo peso $<18,5$
- Peso normal 18,5-24,9
- Excesso de peso ≥ 25
- Pré-obeso 25.0 a 29.9
- Obeso I 30.0 a 34.9
- Obeso II 35,0 a 39,9
- Obeso III $\geq 40,0$

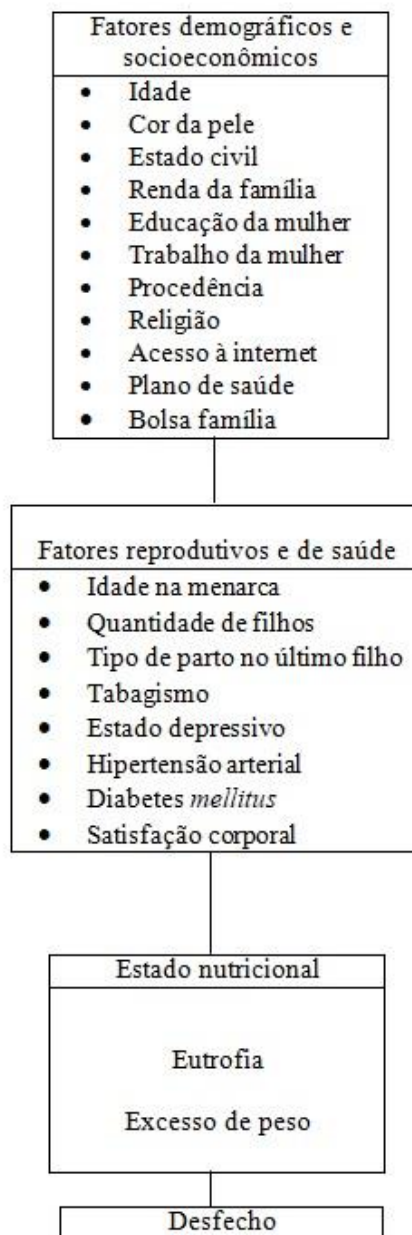
Os excessos encontrados nesses índices antropométricos em relação à população de referência, considerada 'normal', evidenciaram neste estudo os distúrbios nutricionais estudados, com seus respectivos critérios de classificação para o estado nutricional, separado em duas categorias: mulheres eutróficas com IMC entre 18,5-24,9 kg/m^2 e mulheres com excesso de peso com IMC $\geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$.

As variáveis analisadas foram selecionadas a partir do questionário da VI PESMIC. O estado nutricional (eutrófico ou peso excessivo) da mulher é a variável dependente do estudo. Um modelo conceitual hierarquizado mostra as várias inter-relações entre os diferentes fatores de risco (Figura 4). O desfecho estudado foi o excesso de peso (sobrepeso e a obesidade em conjunto).

5.4 Procedimentos de coleta de dados

A equipe técnica do estudo foi composta por uma coordenação técnica, institucional e de campo; um supervisor geral do estudo, três equipes de pesquisadores de campo, cada um consistindo de um supervisor e oito antropometristas / entrevistadores, todos com formação em saúde ou nutrição. A equipe de apoio consistia de uma secretária, uma assistente de pesquisa para revisar os questionários e dois datilógrafos.

Figura 4 – Esquema simplificado do modelo conceitual.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Pesquisadores de campo trabalharam em pares, cada par cobrindo um setor (conglomerado de 20 casas) por dia. O trabalho de campo foi programado para ser executado dentro de 45 dias corridos, ou 34 dias úteis, considerando a não ocorrência de imprevistos.

Em cada domicílio, todas as mulheres residentes, nas faixas etárias de pesquisa, tiveram suas medidas antropométricas recomputadas e os respectivos questionários aplicados.

Após a conclusão da coleta de dados no primeiro domicílio, o trabalho de campo

progrediu, obedecendo a regras específicas: a) o pesquisador visitou as casas seguindo o sentido horário; b) não foram incluídos no conglomerado de 20 casas de estabelecimentos comerciais e residências sem moradores, sendo estes substituídos por outros vizinhos; c) no caso de famílias indisponíveis, até três chamadas de retorno foram realizadas na tentativa de obter os dados de casa.

As informações foram coletadas por meio de dois questionários diferentes. A primeira registrou informações de cada casa incluída na amostra. A segunda coletou informações para todas as mulheres de 10 a 49 anos residentes em domicílios visitados. Enquanto as mulheres que estavam grávidas responderam ao questionário completo, aquelas ainda sem experiência reprodutiva responderam apenas questões epidemiológicas básicas.

Para a avaliação do estado nutricional foi realizada a verificação do peso, estatura e circunferência da cintura e do quadril em mulheres das faixas etárias pesquisadas. As características do equipamento utilizado na antropometria são apresentadas a seguir:

- Peso: foi medido através das balanças Salter[®], com exceção dos dois últimos PSMICs, quando foram substituídos por balanças eletrônicas portáteis da marca Tanita[®].
- Estatura: A medida da altura das mulheres foi realizada com um antropômetro portátil na faixa de 65 a 206 cm e precisão de 0,5 cm.
- Circunferência da cintura: medida com fita métrica especial, ao nível do umbigo.
- Circunferência do quadril: medida pela medida da parte mais larga dos quadris.

O equipamento foi calibrado regularmente usando medidas padronizadas, no início do dia e a cada 25 medições (CASTRO *et al.*, 2008). A variabilidade inter-entrevistadores nos procedimentos de calibração foi monitorada por medidas repetidas. Os supervisores acompanharam os entrevistadores em suas primeiras sessões.

Durante o trabalho de campo, uma subamostra de 10% (2 domicílios em cada conglomerado de 20) foi novamente medida pelos supervisores, de forma cega, como um meio de controle de qualidade do trabalho dos entrevistadores.

Os questionários foram revisados diariamente pelos supervisores para identificar erros e preencher dados corretos, se possível.

O banco de dados gerado pela VI PSMIC oferecem informações sobre um total de 3180 famílias, bem como mulheres entre 15 e 49 anos. Apenas um pequeno número de 20 famílias se recusou a participar desta última pesquisa. Vale ressaltar que a ausência de família não é considerada uma recusa, e nesses casos a residência foi substituída pela seguinte.

5.5 Análise dos dados

Para análise estatística dos dados, inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis em estudo ajustada para efeito amostral complexo de conglomerados. As variáveis numéricas foram apresentadas por meio de média (ou mediana) e medidas de dispersão, e as categóricas por frequências simples e percentuais com intervalo de confiança ajustado para amostras complexas.

Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de Shapiro Wilk. Para investigar possíveis associações entre as variáveis de interesse foram usados modelos regressivos com link logit ajustados para amostras complexas. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados através do software SPSS versão 25.

5.6 Aspectos éticos

Em todas as PESMICs foram aplicados termos de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Adolescentes com menos de 18 anos tiveram o consentimento obtido por meio de seus pais ou responsáveis.

O projeto PESMIC VI foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) sob o parecer 2.255.063 com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 73516417.4.0000.5049.

6 RESULTADOS

Do total de 2.930 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos de idade que tiveram seu estado nutricional avaliado, 25,2% apresentavam índice de massa corpórea (IMC) compatível com obesidade e 35,0% com o sobrepeso. Ao todo, 60,2% destas mulheres conviviam com níveis excessivos de peso, dentre estas, a maior prevalência encontrava-se nas faixas etárias de 20 e 30 anos de idade (TABELA 1).

Percebeu-se, também, que este problema evoluiu com o aumento da idade, sendo que a prevalência da obesidade mais que dobrou da faixa etária dos 15 para os 40 anos, passando de cerca de 13% para quase 32%.

A desnutrição, um distúrbio nutricional tipicamente associado à região semiárida, atingiu somente 2,9% da população de mulheres, sendo, de maneira oposta ao excesso de peso, mais prevalente entre as mulheres mais jovens (10,9%).

Tabela 1 – Prevalência de Obesidade e Sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva, de acordo com a faixa etária. Estado do Ceará, 2017

Estado nutricional	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
Faixa etária	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
15-19	29 (10,9)	126 (47,4)	76 (28,6)	35 (13,2)
20-29	41 (3,1)	578 (42,9)	436 (32,4)	291 (21,6)
30-39	14 (1,3)	309 (29,1)	408 (38,4)	332 (31,2)
40-49	1 (0,4)	68 (26,7)	105 (41,2)	81 (31,8)
Total	85 (2,9)	1081 (37,0)	1025 (35,0)	739 (25,2)

p < 0,001

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 2 – Prevalência de graus de obesidade em mulheres em idade reprodutiva, de acordo com a faixa etária. Estado do Ceará, 2017

Graus	N	%
Obesidade I	487	65,9
Obesidade II	181	24,5
Obesidade III	71	9,6
Obesidade Total	739	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Ao analisar os graus de obesidade (TABELA 2), observou-se que dois terços da população de mulheres obesas se encontravam em um nível mais leve de obesidade (Grau I), um quarto encontrava-se em obesidade de Grau II e cerca de 10% foi diagnosticada com obesidade de 3º grau, a mais grave.

Tabela 3 – Fatores demográficos e socioeconômicos associados ao sobrepeso e obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Estado do Ceará, 2017

Estado nutricional	Eutrofia	Sobrepeso/ Obesidade	Valor p
Fatores	N (%)	N (%)	
Idade:			<0,001
15-19	155 (58,3)	111 (41,7)	
20-29	619 (46,0)	727 (54,0)	
30-39	323 (30,4)	740 (69,6)	
40-49	69 (27,1)	186 (72,9)	
Cor da pele:			0,259
Branca	223 (42,9)	297 (57,1)	
Parda	863 (39,5)	1321 (60,5)	
Negra	87 (37,3)	146 (62,7)	
Estado civil:			<0,001
Solteira	331 (47,0)	351 (53,0)	
Casada	363 (36,1)	642 (63,9)	
Em união	442 (39,6)	675 (60,4)	
Separada / Viúva	60 (39,0)	94 (61,0)	
Educação da mulher:			0,130
Fundamental	417 (37,6)	693 (62,4)	
Médio	617 (41,5)	870 (58,5)	
Superior	115 (39,8)	174 (60,2)	
Procedência			0,300
Urbano	1050 (39,6)	1598 (60,4)	
Rural	127 (42,8)	170 (57,2)	
Religião			0,188
Católica	786 (40,8)	1143 (59,2)	
Protestante	292 (37,2)	492 (62,8)	
Outras	22 (50,0)	22 (50,0)	
Nenhuma	74 (40,7)	108 (59,3)	
Renda da família			0,006
1º quintil (mais pobre)	246 (44,4)	308 (55,6)	
2º quintil	197 (34,8)	369 (65,2)	
3º quintil	244 (43,3)	319 (56,7)	
4º quintil	231 (38,3)	372 (61,7)	
5º quintil (mais rico)	220 (38,9)	345 (61,1)	
Trabalho da mulher			0,009
Só em casa	807 (41,4)	1140 (58,6)	
Fora de casa	210 (36,4)	367 (63,6)	
Em casa, para fora	106 (35,0)	197 (65,0)	
Não trabalha	47 (49,5)	48 (50,5)	
Acesso a internet			0,027
Não	695 (41,8)	969 (58,2)	
Sim	482 (37,7)	795 (62,3)	
Plano de saúde			0,290
Sim, pago pela empresa	78 (35,2)	141 (64,4)	
Sim, pago pela família	102 (42,7)	137 (57,3)	
Não	993 (40,1)	1484 (60,0)	
Bolsa Família			0,362
			continua

Tabela 3 – Fatores demográficos e socioeconômicos associados ao sobrepeso e obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Estado do Ceará, 2017

Estado nutricional	Eutrofia	Sobrepeso/ Obesidade	Valor p
Sim, recebe	632 (40,4)	934 (59,7)	
Sim, cadastrou, mas não recebe	64 (35,0)	119 (65,0)	
Não	481 (40,2)	715 (59,8)	

Fonte: elaborada pelo autor.

conclusão

Na análise da associação entre fatores demográficos e socioeconômicos e sobrepeso e obesidade, observa-se que a prevalência de excesso de peso evoluiu com a idade, onde a prevalência da obesidade quase que dobrando da faixa etária adolescente para a faixa etária dos 40 anos, passando de cerca de 40% para quase 73%.

Quanto ao estado civil, percebeu-se uma maior prevalência de excesso de peso no grupo de mulheres que viviam com um companheiro (casadas ou em união conjugal). É provável, no entanto, que entre as solteiras, que apresentaram menor prevalência, haja uma maior concentração de adolescentes.

Em relação à renda da família, não foi percebido diferenças importantes dentre as cinco faixas de renda, variando a prevalência em torno de 6% do quintil mais pobre (55,6%) para 5º quintil, o mais rico (61,1%).

Já em se tratando de ocupação, observou-se que àquelas mulheres que trabalhavam fora de casa ou que trabalhavam em casa para fora, apresentavam uma maior tendência de estar acima do peso, em comparação às mulheres que só faziam trabalho doméstico, ou nenhum trabalho, com prevalências acima de 60%.

O acesso à internet mostrou alguma associação com o excesso de peso, observando-se uma maior prevalência de sobrepeso/obesidade em mulheres com este acesso.

A cor da pele, a educação da mulher, a procedência, a religião, ter plano de saúde e bolsa família não apresentaram associações estatisticamente significantes com o excesso de peso, nesta análise.

Tabela 4 – Fatores de saúde e reprodutivos associados ao sobrepeso e obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Estado do Ceará, 2017

Estado nutricional	Eutrofia	Sobrepeso/ Obesidade	Valor p
Fatores	N (%)	N (%)	
Hipertensão:			<0,001
Sim	45 (18,4)	199 (81,6)	
Sim, quando estava grávida	36 (26,1)	102 (73,9)	
Pré-hipertensa	1 (8,3)	11 (91,7)	

continua

Tabela 4 – Fatores de saúde e reprodutivos associados ao sobrepeso e obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Estado do Ceará, 2017

Estado nutricional	Eutrofia	Sobrepeso/ Obesidade	Valor p
Não	1089 (42,9)	1452 (57,1)	
Diabetes:			0,001
Sim	10 (20,4)	39 (79,6)	
Sim, quando estava grávida	16 (24,2)	50 (75,8)	
Pré-diabetes	8 (27,6)	21 (72,4)	
Não	1142 (40,9)	1651 (59,1)	
Satisfação corporal:			<0,001
Sim, satisfeita	777 (53,9)	666 (46,1)	
Não, gostaria de emagrecer	124 (10,8)	1030 (89,2)	
Não, gostaria de engordar	271 (81,6)	61 (18,4)	
Não sabe	4 (44,4)	5 (55,6)	
Tabagismo:			0,377
Sim, todos os dias	58 (40,3)	86 (59,7)	
Sim, alguns dias	16 (34,8)	30 (65,2)	
Não, parou de fumar	59 (34,3)	113 (65,7)	
Não, nunca fumou	1041 (40,5)	1531 (59,5)	
Estado depressivo:			0,886
Não	884 (39,9)	1332 (60,1)	
Sim	293 (40,2)	436 (59,8)	
Idade na menarca:			<0,001
12 anos ou mais	984 (42,3)	1344 (57,7)	
Menos de 12 anos	183 (31,0)	408 (69,0)	
Quantidade de filhos:			<0,001
1 filho	621 (46,8)	705 (53,2)	
2 filhos	361 (38,9)	568 (61,1)	
3 ou mais filhos	171 (27,0)	462 (73,0)	
Tipo de parto do último filho:			<0,001
Normal	432 (50,1)	431 (49,9)	
Fórceps	4 (33,3)	8 (66,7)	
1ª cesárea	336 (39,8)	509 (60,2)	
Cesáreas subsequentes	108 (29,7)	256 (70,3)	

Fonte: elaborada pelo autor.

conclusão

Observou-se uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres com diagnóstico de hipertensão, bem como de diabetes. Cerca de 80% das mulheres que reportaram serem hipertensas (81,6%) ou diabéticas (79,6%), foram classificadas com excesso de peso ($P < 0,001$).

A insatisfação corporal se mostrou uma condição altamente associada ao excesso de peso, com quase 90% de mulheres que não estavam satisfeitas com o seu corpo e que gostariam de emagrecer sendo classificadas como obesas ou com sobrepeso. Por outro lado, observou-se também que entre as mulheres que afirmaram estarem satisfeitas com o seu

corpo, quase a metade (46%), foram classificadas como tendo sobrepeso/obesidade.

Para as mulheres que tiveram o primeiro episódio menstrual antes dos doze anos de idade, verificou-se uma maior prevalência de mulheres com excesso de peso (69%) em comparação àquelas que apresentaram a menarca após a idade de doze anos (58%).

A quantidade de filhos tidos também se mostrou como um fator importante, com mulheres já no primeiro filho apresentando prevalência de 53,2% acima do peso, aumentando conforme a quantidade de filhos: 61,1% quando tinham dois filhos e 73% quando já tinham três filhos ou mais.

Observou-se também forte associação entre tipo de parto, com metade das mulheres que tiveram o último filho de parto normal apresentando excesso de peso, contra 70,3% entre àquelas mulheres que no último filho tiveram uma cesárea subsequente.

Outros fatores analisados, como tabagismo e estado depressivo já não mostraram associações estatisticamente significantes com o excesso de peso.

Tabela 5 – Distribuição de sobrepeso e obesidade em mulheres adultas em idade reprodutiva, de acordo com fatores demográficos, socioeconômicos, reprodutivos e de saúde, com correspondentes razões de prevalências. Ceará, Brasil, 2017

Fatores de risco	N	%	Razão de prevalência	Intervalo de confiança 95%	Valor p
Idade:					
15-19	266	41,7	1	-	-
20-29	1346	54,0	1,28	1,05 – 1,56	0,015
30-39	1063	69,6	1,65	1,36 – 2,02	<0,001
40-49	255	72,9	1,74	1,38 – 2,20	<0,001
Acesso a internet:					
Não	1664	58,2	1	-	-
Sim	1277	62,3	1,10	1,00 – 1,20	0,052
Estado civil:					
Solteira	662	53,0	1	-	-
Casada	1005	63,9	1,20	1,06 – 1,37	0,005
Em união	1117	60,4	1,14	1,00 – 1,30	0,046
Separada / Viúva	154	61,0	1,13	0,90 – 1,42	0,277
Renda da família					
1º quintil (mais pobre)	563	56,7	1	-	-
2º quintil	566	65,2	1,16	1,00 – 1,35	0,049
3º quintil	554	55,6	0,99	0,84 – 1,16	0,887
4º quintil	603	61,7	1,09	0,94 – 1,27	0,237
5º quintil (mais rico)	565	61,1	1,10	0,94 – 1,28	0,237
Trabalho da mulher					
Não trabalha	95	50,5	1	-	-
Em casa, pra fora	303	65,0	1,28	0,94 – 1,76	0,119
Fora de casa	577	63,6	1,28	0,94 – 1,72	0,122

continua

Tabela 5 – Distribuição de sobrepeso e obesidade em mulheres adultas em idade reprodutiva, de acordo com fatores demográficos, socioeconômicos, reprodutivos e de saúde, com correspondentes razões de prevalências. Ceará, Brasil, 2017

Fatores de risco	N	%	Razão de prevalência	Intervalo de confiança 95%	Valor p
Só em casa	1947	58,6	1,16	0,87 – 1,54	0,320
Satisfação corporal:					
Não, gostaria de engordar	332	18,4	1	-	-
Sim, satisfeita	1443	46,2	2,44	1,88 – 3,17	<0,001
Não, gostaria de emagrecer	1154	89,2	4,74	3,66 – 6,13	<0,001
Diabetes:					
Não	2793	59,1	1	-	-
Sim	144	76,4	1,30	1,07 – 1,57	0,008
Hipertensão:					
Não	2541	57,1	1	-	-
Sim	394	79,2	1,37	1,21 – 1,55	<0,001
Tipo de parto do ultimo filho:					
Normal	863	49,9	1	-	-
Fórceps	12	66,7	1,27	0,63 – 2,55	0,506
1ª cesárea	845	60,2	1,20	1,06 – 1,37	0,005
Cesáreas subsequentes	364	70,3	1,41	1,21 – 1,65	<0,001
Quantidade de filhos:					
1 filho	1326	53,2	1	-	-
2 filhos	929	61,1	1,15	1,03 – 1,28	0,014
3 ou mais filhos	633	73,0	1,38	1,22 – 1,55	<0,001
Idade na menarca:					
12 anos ou mais	2328	57,7	1	-	-
Menos de 12 anos	591	69,0	1,20	1,08 – 1,34	0,001

Fonte: elaborada pelo autor.

conclusão

As variáveis significativamente associadas ao excesso de peso, relacionadas nas Tabelas 3 e 4, foram submetidas à análise de risco, de forma independente, tendo como medida de efeito a Razão de Prevalência (TABELA 5). Em seguida estas onze variáveis tiveram seus riscos individuais ajustados entre si, através de modelos de Regressão de Cox, com os resultados apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Análise multivariada por Regressão de Cox de fatores associados ao Sobrepeso e Obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Estado do Ceará, 2017

Fatores	Razão de Prevalência ajustada ¹	Intervalo de confiança a 95%	Valor P
Idade:			
15 – 19 anos	1	-	-
20 – 29 anos	1,17	0,95 – 1,44	0,129
30 – 39 anos	1,36	1,10 – 1,68	0,005

continua

Tabela 6 – Análise multivariada por Regressão de Cox de fatores associados ao Sobrepeso e Obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Estado do Ceará, 2017

Fatores	Razão de Prevalência ajustada ¹	Intervalo de confiança a 95%	Valor P
40 – 49 anos	1,37	1,06 – 1,78	0,018
Idade na Menarca:			
≥ 12 anos	1	-	-
< 12 anos	1,14	1,02 – 1,28	0,025
Quantidade de filhos:			
1 filho	1	-	-
2 filhos	1,05	0,93 – 1,18	0,414
3 ou mais	1,17	1,02 – 1,33	0,021
Hipertensão Arterial:			
Não	1	-	-
Sim	1,15	1,01 – 1,31	0,030
Satisfação com o corpo:			
Sim, satisfeita	1	-	-
Não, gostaria de emagrecer	4,24	3,26 – 5,51	< 0,001
Não, gostaria de engordar	2,28	1,75 – 2,98	< 0,001

Legendas: ¹ Ajustada para estas variáveis e mais: estado civil, quintis de renda familiar mensal, diabetes Mellitus, tipo de parto (último filho).

Fonte: elaborada pelo autor.

conclusão

Quando ajustadas entre si, as variáveis idade, idade na menarca, número de filhos tidos, hipertensão arterial e satisfação corporal foram encontradas como as melhores preditoras de excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva. Mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos e na faixa dos 40 a 49 anos tiveram, respectivamente, 36% e 37% a mais de risco de excesso de peso, em comparação às mulheres na faixa de 15 a 19 anos.

O início precoce da puberdade se apresentou como um fator de risco para o excesso de peso, com mulheres nesta condição apresentando um risco 14% maior de obesidade em comparação àquelas que apresentaram a menarca após a idade de doze anos.

A reprodução em si também se manifestou como um fator de risco, com mulheres com três ou mais filhos apresentando um risco de obesidade 17% mais elevado comparado as que tiveram apenas um filho. Efeito semelhante ocorreu com a hipertensão arterial, com mulheres que reportaram este diagnóstico, apresentando 15% a mais de risco de excesso de peso em comparação a mulheres que não reportaram.

Em se tratando da variável de natureza comportamental, mulheres com excesso de peso apresentaram 4,2 vezes maior probabilidade de estarem insatisfeitas com a sua imagem corporal, desejando emagrecer.

7 DISCUSSÃO

Sobrepeso e obesidade são altamente prevalentes na região semiárida do Brasil. O perfil etário das participantes deste estudo compreende desde mulheres na adolescência até a sua total maturidade. Tendo em conta a relevância da população estudada, a confirmação de que mais da metade (60%) dessas mulheres têm algum distúrbio nutricional em graus diferentes é razão para manter-se preocupado.

Resultados similares foram encontrados em estudo de base populacional, em âmbito nacional, realizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, o qual mostra que a prevalência de sobrepeso e obesidade, para o sexo feminino, encontra-se em 34,2% e 33,1% em 2021, respectivamente, ou seja, mais da metade da população (67,3%) está com excesso de peso. Nos dados coletados verificou-se ainda uma predominância nas mulheres para a obesidade (BRASIL, 2021).

Além disso, verificou-se que esta situação está ainda mais adiantada e que o problema vem se agravando com o passar do tempo, visto que já a partir de uma idade tão jovem, como os 20 anos, mais de 20% dessas mulheres revelaram estado de obesidade de acordo com o IMC. Se compararmos com o mesmo estudo feito 10 anos anteriores a este, observamos que 20% das mulheres obesas estavam na faixa dos 30 anos e que a prevalência de obesidade na faixa etária de 20 a 29 anos dobrou no decorrer desse período, quando antes era de 10% (CORREIA *et al.*, 2011). Como o excesso de peso representa uma epidemia rapidamente progressiva no Brasil, é admissível que uma diferença marcante de tempo possa resultar no próprio ritmo acelerado no aumento do problema.

Outro estudo também feito na região semiárida do Brasil observou associação estatisticamente significativa entre o sobrepeso e obesidade e a faixa etária, ressaltando uma maior prevalência entre os adultos de 30 a 39 anos (MELO *et al.*, 2020).

Em contraste, estudo realizado com mulheres na região sul do país observou maiores prevalências de sobrepeso em mulheres de 40 a 49 anos e maiores prevalências de obesidade encontradas nas mulheres com ≥ 50 anos. Mostrou ainda que a prevalência de obesidade nesta região do país é maior, 31,2%, se comparada ao do presente estudo, 25,2%, feito na região semiárida do Brasil (LISOWSKI *et al.*, 2019). É provável que as diferenças de ecossistemas de vida próprios para cada população possam justificar esses desencontros nos resultados.

Estes fatos confirmam a necessidade de mais atenção e da continuidade das ações já existentes, porém mais importante, alertam para o início precoce da promoção de ações de

prevenção da obesidade nessa população, já por volta da faixa dos 30 anos ou menos, tendo como foco principalmente o enorme contingente de mulheres que se encontram na condição de sobrepeso ainda jovens.

A idade no primeiro ciclo menstrual e a quantidade de filhos foram os fatores reprodutivos que se evidenciaram significativamente como determinantes para o sobrepeso e obesidade, dentre outros analisados.

Quando a menarca acontece em uma idade considerada precoce, o risco de excesso de peso aumentou em 14%. A menarca é uma das últimas fases da puberdade feminina, podendo variar conforme o estilo de vida, histórico de menstruação das mulheres da família, hábitos alimentares, alterações hormonais, entre outros fatores (PALMA; DANELON, 2020), onde se sobressaem o padrão de crescimento na infância e estado nutricional, ambos interligados. E o momento que se segue após a menarca é descrito como um período de redução do crescimento estatural e pelo acentuado ganho de peso (POLITANO *et al.*, 2020).

Outro estudo realizado na região semiárida do Brasil verificou uma prevalência significativamente maior do excesso de peso em mulheres com menor idade da menarca (DINEGRI *et al.*, 2021). Estudo feito na região Sul do país com mulheres adultas observou um resultado semelhante, mostrando que a menarca após os 12 anos de idade tem um efeito protetor em relação à obesidade (LISOWSKI *et al.*, 2019). Estes fatos são alarmantes, devido ao aumento da predisposição para a ocorrência cada vez mais antecipada da puberdade, levando em consideração que a idade na primeira menstruação gradativamente vem sendo reduzida com o passar dos anos (CATHEY *et al.*, 2020), tornando-se um fator de risco cada vez mais grave.

Alguns fatores relacionados ao mecanismo de disparo do início da puberdade vêm sendo estudados, tais como, a produção de leptina pelas células de gordura, acelerando a maturação do tecido e a função reprodutiva (GHOURI *et al.*, 2020). Nesse ponto de vista, a menarca precoce pode ser apresentada como um marcador de risco, sendo o estado nutricional de sobrepeso e obesidade um preditor durante a infância (GEMELLI; FARIAS; SPRITZER, 2020).

Um risco de obesidade 17% mais elevado foi observado em mulheres com três filhos ou mais. Em estudo com mulheres da região Sul foi identificada uma associação entre a obesidade e a quantidade de filhos, onde prevalência de obesidade foi 2,2 vezes maior nas mulheres que tiveram três ou quatro gestações (LISOWSKI *et al.*, 2019). Novamente um resultado alarmante, visto que, de acordo com os pais, o número de filhos considerado ideal é

de até duas crianças. Pesquisas anteriores revelam que, em geral, a gravidez é um momento sensível para ganhar peso, e que no período pós-parto acaba não sendo perdido pela maioria das mulheres (FLORES *et al.*, 2020). Conforme uma série de estudos, a probabilidade de excesso de peso diminui, em média, 5% a cada mês que a criança continua mamando, apresentando uma associação inversa, pois quanto maior o tempo de amamentação, menor é a retenção de peso pelas mães (CHAGAS *et al.*, 2017).

Sendo assim, programas de intervenção e educação nutricional deveriam manter as mulheres adultas férteis no foco da atenção, dando orientações pertinentes quanto à prevenção do ganho de peso acima do normal durante a gravidez e em relação às estratégias para voltar ao peso pré-gestacional (MADDEN *et al.*, 2020).

Foi analisada neste estudo a associação entre o excesso de peso e a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, dois exemplos de morbidade de grande importância para a saúde pública. Entretanto, o estado excessivo de peso esteve significativamente associado apenas à hipertensão arterial, com mulheres apresentando 15% a mais de risco de excesso de peso, o que fortalece as evidências dessa relação. Essa associação entre distúrbios nutricionais e doenças crônicas em mulheres tem sido corroborada por vários estudos (CHRISTOFOLETTI; STREB; DEL DUCA, 2018; NASCIMENTO-SOUZA; LIMA-COSTA; PEIXOTO, 2019), em todos destacando a importância da prevenção da obesidade e do seu tratamento precoce para o controle desses problemas.

Conforme seria de se esperar, a insatisfação corporal foi 4,2 vezes maior entre as mulheres que apresentaram excesso de peso, desejando emagrecer, representando um gradiente de risco importante. Muitos trabalhos têm mostrado associações parecidas (CARVALHO; VERGEIRO; PRADO, 2019; MOEHLECKE *et al.*, 2020), sendo relevante destacar que as falhas na tentativa de emagrecimento frequentemente são casos que levam a uma diminuição da autoestima, favorecendo ainda mais o ganho de peso através do desapareço pelas atitudes que favorecem o seu controle, (PONTE *et al.*, 2019). Além disso, hoje em dia, com a expansão do uso da *internet* e das redes sociais e a exposição das pessoas na mesma, faz com que haja uma forte influência dela sobre a autoestima (GIACOMELLI; PEDROSO; JARDIM, 2020).

A associação entre outros fatores socioeconômicos e excesso de peso ainda é comumente apontada por alguns autores (NEWTON; BRAITHWAITE; AKINYEMIJU, 2017; PINTO *et al.*, 2018), entretanto, no presente estudo, as variáveis dessa categoria, como a renda familiar, fazer parte do Programa Bolsa Família, acesso a plano de saúde, acesso a internet, o trabalho da mulher, a escolaridade, o estado civil e a procedência, não se

estabeleceram como fatores determinantes de excesso de peso, após serem controladas para os demais fatores, o mesmo aconteceu com as variáveis inerentes à saúde, como o tabagismo e a diabetes.

Os resultados devem ser interpretados levando em conta a limitação pertinente aos estudos transversais, ou seja, a probabilidade de causalidade reversa. Em contrapartida, ressalta-se o rigor metodológico com que foram conduzidas todas as etapas do estudo. Vale ressaltar que a análise multivariada foi realizada com a finalidade de controlar os fatores de confusão, e toda a modelagem foi feita com base no modelo conceitual definido a priori.

8 CONCLUSÃO

Houve certa diferença entre as características da amostra e a ocorrência do excesso de peso. Se, por um lado, isso reforçou a multicausalidade envolvida nesses eventos de saúde, por outro proporcionou a observação do agravamento do problema da obesidade, especialmente pelo crescente aumento em mulheres adultas mais jovens. Vale salientar que este estudo focou uma parcela de mulheres relativamente jovens, mas sabe-se que o problema do excesso de peso complica-se, tanto em relação à intensidade como em efeitos mais graves, em idades mais avançadas como os idosos. Todavia, as ações direcionadas às mudanças de comportamento podem promover maior resultado nas faixas etárias mais jovens, sendo então, a população concentrada no presente estudo a mais adequada para a aplicação de cuidados relacionados à prevenção do sobrepeso e da obesidade.

Pode-se concluir ainda que os aspectos reprodutivos sejam fatores determinantes bem relevantes para a ocorrência do sobrepeso e da obesidade na população de mulheres da região semiárida do Brasil. Compreende-se que estes fatores (menarca precoce e número de filhos) na prática são irredutíveis, quais dessa forma sendo de grande valia para determinar grupos de risco mais elevado, para os quais as ações de prevenção e controle do excesso de peso devem ser voltadas, principalmente. Por este ângulo, aconselha-se que haja um comprometimento ativo dos programas e serviços de planejamento familiar e pré-natal no enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

Certamente, benefícios significativos relacionados à saúde física e mental podem ser alcançados com a redução dos índices de sobrepeso e obesidade, tais como o controle de doenças crônicas e o sentimento de autoestima elevado na população, sendo necessário então, grande investimento em medidas de prevenção, como educação alimentar e nutricional e orientações relacionadas à atividade física, bem como do cotidiano.

Ademais, os resultados encontrados neste estudo podem servir de orientação de forma a contribuir para o planejamento e a implementação de políticas e programas voltados para ações de prevenção de longo prazo direcionados a mulheres em diferentes etapas do ciclo da vida, através do diálogo com os governantes, apresentando os resultados pertinentes e elaborando boletins epidemiológicos para que profissionais da linha de frente, por exemplo, da Estratégia Saúde da Família, possam ter base para suas estratégias, ações e projetos.

REFERÊNCIAS

- ABLARD, J. D. Framing the Latin American nutrition transition in a historical perspective, 1850 to the present. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 233–253, 2021.
- ALBUQUERQUE, A. G.; OLIVEIRA, R. C. DE. Entre as tarefas da casa e o exercício profissional: desafios da mulher moderna na sociedade contemporânea. **Revista Digital Simonsen**, n. 6, p. 81–90, 2017.
- ALMEIDA, L. M. DE et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 08, n. 1, p. 114–139, 2017.
- ALVES, F. L. et al. A influência da publicidade na transição nutricional: uma síntese para entender a obesidade. In: **FARIAS; Joni Márcio de et al. (Org.). Gestão do cuidado em saúde**. Criciúma: UNESC, 2016. p. 125–128.
- AOYAMA, E. DE A. et al. Genética e meio ambiente como principais fatores de risco para a obesidade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 2, p. 477–484, 2018.
- ARAÚJO NETO, L. A. Muito além da transição epidemiológica: doenças crônicas no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 353–355, 2019.
- BARBOSA, M. B. et al. Carreira, vida familiar e vida profissional das executivas: tensão e conciliação. **VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2010.
- BARROS, G. G. DE M. et al. Transição nutricional e sua relação com a prevalência de hipertensão arterial em índios brasileiros. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 7, n. 2, p. 20–23, 2018.
- BARROS, S. C. DA V.; MOURÃO, L. Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. **Psicologia e Sociedade**, v. 30, 2018.
- BEMFAM. **Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996**. Rio de Janeiro, 1997.
- BERTRAM, M. Y. et al. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. **The Lancet**, v. 391, n. 10134, p. 2071–2078, 2018.
- BHUROSY, T.; JEEWON, R. Overweight and obesity epidemic in developing countries: A problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? **Scientific World Journal**, 2014.
- BRAGA, C. A. S.; COSTA, L. V. Obesidade, desnutrição e pobreza: a insegurança alimentar e nutricional na ótica do espaço social alimentar. **Análise Econômica**, v. 39, n. 78, p. 239–256, 2021.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS - IBASE. **Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional**

das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro, 2008. 20 p.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2020: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 110, p. 67–104, 2000.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Instruídas e trabalhadeiras trabalho feminino no final do século XX. **Cadernos Pagu**, n. 17/18, p. 157–196, 2001.

BULGACOV, Y. L. M. et al. Atividade empreendedora da mulher brasileira: Trabalho precário ou trabalho decente? **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 63, p. 337–349, 2010.

BULLOUGH, A. et al. Developing women leaders through entrepreneurship education and training. **Academy of Management Perspectives**, v. 29, n. 2, p. 250–270, 2015.

CAMARANO, A. A. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMINHA, M. DE F. C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240–248, 2010.

CARVALHO, M. C. R. DE; VERGEIRO, V. M.; PRADO, B. G. **Estado nutricional e insatisfação com a imagem corporal em universitárias**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em nutrição) Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, 2019.

CARVALHO NETO, A. M. DE; TANURE, B.; ANDRADE, J. Executivas: carreiras, maternidade, amores e preconceitos. **RAE-eletrônica**, v. 9, n. 1, p. 1–23, 2010.

CASTILHO, E. A. DE; GOLDBAUM, M. Doenças crônicas não transmissíveis e inquéritos populacionais. **Revista de Saude Publica**, 2017.

CASTRO, V. DE et al. Variabilidade na aferição de medidas antropométricas: Comparação de dois métodos estatísticos para avaliar a calibração de entrevistadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 278–286, 2008.

CATHEY, A. et al. Onset and tempo of sexual maturation is differentially associated with gestational phthalate exposure between boys and girls in a Mexico City birth cohort. **Environment International**, v. 136, 2020.

CERCATO, C. et al. Systemic hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evaluation of a Brazilian population. **Revista do Hospital das Clínicas**, v. 59, n. 3, p. 113–118, 2004.

CERVELLATI, M.; SUNDE, U. The economic and demographic transition, mortality, and comparative development. **American Economic Journal: Macroeconomics**, v. 7, n. 3, p. 189–225, 2015.

CHAGAS, D. C. DAS et al. Effects of gestational weight gain and breastfeeding on postpartum weight retention among women in the BRISA cohort. **Cadernos de saude publica**, v. 33, n. 5, 2017.

CHOOI, Y. C.; DING, C.; MAGKOS, F. The epidemiology of obesity. **Metabolism: Clinical and Experimental**, v. 92, p. 6–10, 2019.

CHRISTOFOLETTI, M.; STREB, A. R.; DEL DUCA, G. F. Body mass index as a predictor of multimorbidity in the Brazilian population. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 20, n. 6, p. 555–565, 2018.

CORREIA, L. L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 133–145, 2011.

CORREIA, L. L. et al. Metodologia das Pesquisas Populacionais de Saúde Materno-Infantil: Uma série transversal realizada no Estado do Ceará de 1987 a 2007. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 14, n. 4, p. 353–362, 2014.

CORTEZ, A. C. L. et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, p. 700, 2019.

COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: Revisão crítica da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 33, n. 1, p. 54–60, 2013.

DIAS, P. C. et al. Obesity and public policies: The Brazilian government's definitions and strategies. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 7, p. 1–12, 2017.

DINEGRI, L. et al. Excess weight among women in a low-income urban community: Socioeconomic, demographic and reproductive factors. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, p. 3885–3893, 2021.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529–532, 2012.

EICKEMBERG, M. et al. Obesidade abdominal no ELSA-Brasil: construção de padrão ouro latente e avaliação da acurácia de indicadores diagnósticos. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2985–2998, 2020.

FAO et al. **Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019**. Santiago, 2019. 135 p.

FARIA, A. A. DE; DIAS, R. B. Direito à alimentação, transferência de renda e progressividade: o caso do programa bolsa família no Brasil. **Revista Jurídica da**

Presidência, v. 18, n. 114, p. 145, 2016.

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

FERREIRA, M. DE F. et al. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 1, p. 1–13, 2015.

FLORENCIO, T. M. DE M. T. et al. Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceió, northeastern Brazil. **British Journal of Nutrition**, v. 86, n. 2, p. 277–283, 2001.

FLORES, T. R. et al. Gestational weight gain and postpartum weight retention: Data from the 2015 birth cohort in Pelotas, Rio Grande do sul State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 11, p. 1–10, 2020.

FONSECA, A. M. M. DA; ROQUETE, C. Proteção social e programas de transferência de renda: Bolsa-Família. **Caderno de Pesquisa NEPP**, n. 86, 2018.

FORD, N. D.; PATEL, S. A.; NARAYAN, K. M. V. Obesity in Low- and Middle-Income Countries: Burden, Drivers, and Emerging Challenges. **Annual Review of Public Health**, v. 38, n. 1, p. 145–164, 2017.

FORTES, P. A. DE C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 366–375, 2014.

FREITAS, L. K. P. et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1755–1762, 2014.

FUSCO, S. DE F. B. et al. Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. 1–8, 2020.

GEMELLI, I. F. B.; FARIAS, E. DOS S.; SPRITZER, P. M. Association of body composition and age at menarche in girls and adolescents in the Brazilian Legal Amazon. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 2, p. 240–246, 2020.

GHOURI, I. et al. Effect of leptin on folliculogenesis during development in female wistar rat. **Agricultura**, v. 115–116, n. 3–4, p. 141–147, 2020.

GIACOMELLI, E. D.; PEDROSO, M. E.; JARDIM, C. A influência da mídia e a insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Congrega - Anais da 14^o mostra de iniciação científica Júnior**, v. 14, p. 4, 2020.

GONCALVES, G. M. R.; SILVA, E. N. DA. Cost of chronic kidney disease attributable to diabetes from the perspective of the Brazilian Unified Health System. **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, p. 1–15, 2018.

GONÇALVES, R. P. F. **Hipertensão arterial e doença cardiovascular em adultos brasileiros segundo inquéritos populacionais**. Belo Horizonte, 2018. 127 p.

GUIMARÃES, R. M. et al. Regional differences in cardiovascular mortality transition in Brazil, 1980 to 2012. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 37, n. 2, p. 83–89, 2015.

IPECE. **Sistema Ceará em Mapas**. Disponível na internet: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/>
Acesso em: 15/05/2019.

JAIME, P. C.; SANTOS, L. M. P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 72–85, 2014.

JONATHAN, E. G. Mulheres empreendedoras: O desafio da escolha do empreendedorismo e o exercício do poder. **Psicologia Clinica**, v. 23, n. 1, p. 65–85, 2011.

KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007.

KAUFMANN, M. P.; KUBO, R. R. As Guerras Alimentares no Mundo Globalizado. **Desenvolvimento em Questão**, v. 18, n. 50, p. 343–349, 2020.

LEÃO, M. **O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

LELIS, C. T.; TEIXEIRA, K. M. D.; SILVA, N. M. DA. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 523–532, 2012.

LEONE, E. T. Renda familiar e trabalho da mulher na Região Metropolitana de São Paulo nos anos 80 e 90. **Ie/Unicamp**, n. 81, p. 2–28, 1999.

LIECHTY, J. M.; LEE, M. J. Body size estimation and other psychosocial risk factors for obesity onset among US adolescents: Findings from a longitudinal population level study. **International Journal of Obesity**, v. 39, n. 4, p. 601–607, 2015.

LIMA, A. C. R.; OLIVEIRA, A. B. Fatores Psicológicos da Obesidade e Alguns Apontamentos Sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 1–14, 2016.

LISOWSKI, J. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em mulheres de São Leopoldo, Rio Grande do Sul: um estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 380–389, 2019.

LYNCH, E. et al. The relation between body size perception and change in body mass index over 13 years. **American Journal of Epidemiology**, v. 169, n. 7, p. 857–866, 2009.

MADDEN, S. K. et al. Women in the workplace: promoting healthy lifestyles and mitigating weight gain during the preconception, pregnancy, and postpartum periods. **International**

Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 3, 2020.

MALTA, D. C. et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais Brasileiras, 2006-2013. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1061–1069, 2016.

MARIANO, C. DA S.; SOUZA, L. E. S. DE. Mulheres úteis à sociedade: gênero , pobreza e moralidade no mercado de trabalho da cidade de São Paulo (1870-1920). **Cantareira**, v. 34, p. 76–95, 2021.

MARTINS, A. P. B. et al. Cash transfer in brazil and nutritional outcomes: A systematic review. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 6, p. 1159–1171, 2013.

MARTINS, A. P. B. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Revista de Administracao de Empresas**, v. 58, n. 3, p. 337–341, 2018.

MELO JUNIOR, I. F. DE et al. Obesidade e as intervenções governamentais: análise de macrocontingências e metacontingências. **Fragments de Cultura**, v. 24, n. Especial, p. 3–13, 2014.

MELO, S. P. DA S. DE C. et al. Overweight and obesity and associated factors in adults in a poor urban area of Northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–14, 2020.

MENDES, C. M. L.; CUNHA, R. C. L. As novas tecnologias e suas influências na prática de atividade física e sedentarismo. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 1, n. 3, 2013.

MIDEI, A. J.; MATTHEWS, K. A. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. **Obesity Reviews**, v. 12, n. 5, p. 159–172, 2011.

MIRANDA FILHO, W. DOS R. **Avaliação do impacto de políticas de transferência de renda a partir de dados amostrais complexos**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Estatística - Universidade Federal de Pernambuco, 2017.

MIRANDA, G. M. D. **Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

MOEHLECKE, M. et al. Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 1, p. 76–83, 2020.

MURRAY, C. et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 6736, n. 19, p. 1990–2017, 2019.

MYRRHA, L. J. D.; TURRA, C. M.; WAJNMAN, S. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 11, n. 20, p. 37–54, 2017.

- NASCIMENTO-SOUZA, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V. “A body shape index” and its association with arterial hypertension and diabetes mellitus among Brazilian older adults: National Health Survey (2013). **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 8, p. 1–11, 2019.
- NATIVIDADE, D. R. DA. Empreendedorismo feminino no Brasil: políticas públicas sob análise. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 1, p. 231–256, 2009.
- NEWTON, S.; BRAITHWAITE, D.; AKINYEMIJU, T. F. Situação socioeconômica ao longo da vida e obesidade: revisão sistemática e metanálise. **PLoS ONE**, v. 12, n. 5, p. 1–15, 2017.
- NILSON, E. A. F. et al. Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 43, p. 1–7, 2019.
- OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 69–79, 2019.
- OLIVEIRA, M. L. DE; SANTOS, L. M. P.; SILVADA, E. N. Direct healthcare cost of obesity in brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. **PLoS ONE**, v. 10, n. 4, p. 1–15, 2015.
- PALMA, N. D.; DANELON, S. G. **Relação Socioeconômica e nutricional com a idade da menarca: revisão sistemática**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em biomedicina) Universidade Cesumar Unicesumar, 2020.
- PEDRAZA, D. F. Nutrição em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 3, p. 267–268, 2013.
- PELEGRINI, A. et al. Indicadores antropométricos de obesidade na predição de gordura corporal elevada em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 56–62, 2015.
- PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. DE S. The epidemiological transition in brazil: a literature review. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 99–108, 2015.
- PINTO, A. DE A. et al. Prevalência De Excesso De Peso E Fatores Demográficos E Econômicos Associados Em Adolescentes De Manaus, a Maior Cidade Do Norte Do Brasil. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**, v. 16, n. 55, p. 64–71, 2018.
- PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S. DE; FIGUEIREDO, A. W. S. DE. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1859–1870, 2018.
- POLITANO, H. et al. Estágios Maturacionais E Suas Relações Com a Antropometria E Composição Corporal. **Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 12, n. 2, p. 1–9, 2020.

PONTE, M. A. V. et al. Autoimagem corporal e prevalência de sobrepeso e obesidade em estudantes universitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1–11, 2019.

POOBALAN, A.; AUCOTT, L. Obesity Among Young Adults in Developing Countries: A Systematic Overview. **Current obesity reports**, v. 5, n. 1, p. 2–13, 2016.

RECH, D. C. et al. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 1, n. 1, 2016.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; DE BARROS, J. F. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 625–633, 2011.

SANTOS, A. M.; SCHERER, P. T. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 17, n. 1, p. 219–236, 2011.

SANTOS, C. M. M. **As mulheres brasileiras: do espaço privado da casa para as posições executivas nas organizações brasileiras**. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em Administração. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.

SCHMALZ, D. L. “I feel fat”: Weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity. **Obesity Facts**, v. 3, n. 1, p. 15–21, 2010.

SIGILIAO, T. V. et al. Avaliação das atividades diárias, hábitos alimentares e perfil antropométrico em adolescentes de uma escola pública de um município mineiro. **Nutrição Brasil**, v. 17, n. 1, p. 34, 2018.

SILVA, J. DA et al. Níveis insuficientes de atividade física de adolescentes associados a fatores sociodemográficos, ambientais e escolares. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4277–4288, 2018.

SILVA, R. M. DA; CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: Caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2943–2956, 2015.

SILVA, L. F. C. M. **A epidemia de obesidade e sobrepeso como resultado da forma de se alimentar na vida cotidiana: o caso de Oklahoma City e a realização da sociedade urbana**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em geografia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2017.

SIMÕES, C. C. DA S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. IBGE ed. Rio de Janeiro: 2016, 2016.

SIMÕES, F.; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações do século XX. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM: Publicações Acadêmicas**, v. 1, n. 2, p. 1–25, 2012.

IQUEIRA, A. DE S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. DE G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos**

Brasileiros de Cardiologia, v. 109, n. 1, p. 39–46, 2017.

SOARES, L. R. et al. A transição da desnutrição para a obesidade. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 5, n. 1, p. 64–68, 2014.

TAVARES, J.; LOVATE, T.; ANDRADE, Í. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. **GOT - Journal of Geography and Spatial Planning**, n. 15, p. 453–479, 2018.

TEIXEIRA, V. B. D. et al. Transição nutricional no estado de Minas Gerais em 1974 e 2009: um estudo com enfoque na população idosa. **Revista Brasileira de Educação e Cultura**, n. 17, p. 1–24, 2018.

UNICEF. **Monitoring the situation of children and women**. Multiple indicator cluster survey manual, 2005. The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2006.

VICTORA, C. G. et al. A saúde das crianças dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. **Revista de Saude Publica**, v. 25, n. 3, p. 218–225, 1991.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. **World Health Organization Technical Report Series; 894**, p. 252, 2000.

WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. **World Health Organization Technical Report Series; 916**, p. 148, 2003.

WHO. **Obesity and overweight**. World Health Organization. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

WHO. **United Nations decade of action on nutrition (2016-2025). Work Programme**. ABRANDH, 2018. Disponível em: <https://www.un.org/nutrition/sites/www.un.org.nutrition/files/general/pdf/mv131_rev1_undo_a_wp_rev1_en.pdf> Acesso em: 12 jun. 2021.

WILLIAMSON, D. F. et al. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. **International Journal of Obesity**, v. 26, n. 8, p. 1075–1082, 2002.

ANEXOS A – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ, 2017.

UFC / UNICHRISTUS / SMS / SESA / FUNCAP-CNPq VI PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ - 2017		INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO	
01. Município [MUN]: _____	02. Distrito/Bairro [DISBA]: _____		
03. Código Município: [COMUN]: _____	04. Setor IBGE [SETOR]: _____ <i>(4 Últimos Nos. do Mapa)</i>		
05. Zona do Setor [ZONA]: 1 - Rural 2 – Urbana	06. Casa No. [CASNO]: _____ <i>(No. da sequência do Setor)</i>		
Endereço: Rua/Av. _____ No. _____ Bairro: _____			
07. Respondente do questionário: _____	RESPON		Mãe/esposa 1 Pai/esposo 2 Avô/avó 3 Filho(a) 4 Outro: _____ 5
08. Ao todo, quantas pessoas moram na casa? _____	[MORA]		Pessoas: _____
09. Quantas mulheres de 10 a 49 anos de idade moram na casa? _____	[MUAN]		Mulheres: _____
10. Quantas crianças com menos de 6 anos moram na casa? <i>(crianças com até 5 anos, 11 meses e 29 dias)</i> _____	[CRIAN]		Crianças: _____
11. Quem é o chefe da família? <i>(Em caso de dúvida, marcar o(a) que mais contribui com a Renda Familiar)</i> _____	[CHEF]		O pai 1 A mãe 2 O avô/Avó 3 Filho(a) 4 Outro: _____ 5
12. Até que ano (série) o(a) Chefe da Família estudou na escola? <i>(Passou de ano)</i> _____ <i>(Se tem nível superior, anotar quantos anos, em 'série', e 3º. Grau)</i> _____	[SER] [GRAU]		Série _____ Grau _____
13. A família possui quantos destes bens em casa? <i>(Se Não tem, anotar 0 (zero).)</i>	BA13 ED13 AU13 MC13 LL13 GE13 FZ13 LR13 DV13 MO13 MT13 SR13		Banheiros _____ Empregados domésticos _____ Automóveis _____ Microcomputador _____ Lava Louças _____ Geladeira _____ Freezer _____ Lava Roupas _____ DVD _____ Micro-Ondas _____ Motocicleta _____ Secadora de Roupas _____
14. Quais destes recursos (de informática) a Família tem em casa?	Internet [IN14] Notebook [NB14] Tablet [TA14] Celular (só fone) [CE14] Smartphone (celular com toques na tela) [SM14]	1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não	
15. De onde vem a água usada para beber? _____	BEBER		Encanada, dentro de casa 1 Encanada, fora de casa 2 Cisterna 3 Chafariz 4 Cacimba 5 Rio/açude/lagoa 6 Água mineral 7 Outro: _____ 8
16. Qual o tipo de privada da casa? _____	[PRIV]		Sanitário com descarga 1 Sanitário sem descarga 2 Casinha com fossa 3 Buraco cercado 4 Não tem 5
17. Qual o tipo de pavimento da rua onde mora a família? _____	PAV		Asfalto 1 Calçamento 2 Terra 3 Outro: _____ 4
18. A família participa do Programa Bolsa Família? _____	[BOLSA]		Sim, recebe a bolsa 1 Sim, se cadastrou, mas não recebe a bolsa 2 <i>(Se Não, pular para Q20) →</i> Não 3
19. Se Sim, quanto recebeu do Bolsa família no último mês? _____	BOLSQ		R\$ _____, 00
20. Ao todo , quanto as pessoas da família ganharam no mês passado? <i>(Incluindo bolsa família, pensão, aposentadoria etc.)</i> _____	[REND]		R\$ _____, 00
21. Alguém na família tem plano de saúde (convênio)? <i>(Unimed, IPM etc.)</i> _____	[CONV]		Sim, pago pela empresa 1 Sim, pago pela família 2 Não 3

22. Se Sim, qual o nome do plano?	CONVN	Unimed 1 Hap Vida 2 Free Life 3 GEAP 4 IPM 5 ISSEC 6 Bradesco Saúde 7 AMIL 8
	OUT22 OU22Q	Outro: _____ 9
23. Se Sim, quantas pessoas da família estão cobertas pelo plano?	CONVQ	Todas as pessoas 1 Uma parte: No. de pessoas: _____
24. Da última vez que alguém da família ficou doente, com quem se consultou?	CONSQ	Médico do hospital 1 Médico do Posto (Centro) de Saúde 2 Médico da UPA 3 Médico cubano 4 Médico do Plano de Saúde 5 Médico particular (pagou do próprio bolso) 6
	OU24Q	Outro Profissional: _____ 7
25. Alguém da família (que mora na casa) já procurou fazer exames sem estar sentindo nada / sem estar doente, nos últimos 12 meses (Check-up)?	CHECK CHECKQ	Sim 1 Quem? _____ (Parentesco com a criança) Não 2
26. V. conhece o Programa de Saúde da Família? Já foi visitada por alguém do programa?	[PSF]	Sim, família já foi visitada em casa 1 Sim, PSF na área, mas família não visitada 2 Sim, ouviu falar 3 Não conhece 4
27. Alguém da família já teve alguma destas doenças?		
	IAM Infarto do miocárdio (Coração)	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
	AVC Acidente vascular cerebral (derrame, trombose)	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
	CAN Câncer (tipo: _____)	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
	OUT27 OU27Q Outra doença séria: _____	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
Questões sobre Insegurança Alimentar (EBIA) – Todas as questões são referentes aos últimos 3 meses		
28.01. Nos últimos 3 meses, moradores tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA01	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.02. Nos últimos 3 meses, alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA02	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.03. Nos últimos 3 meses, moradores ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? Com que frequência isto aconteceu?	IA03	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.04. Nos últimos 3 meses, moradores comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? Com que frequência isto aconteceu?	IA04	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.05. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA05	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.06. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez comeu menos porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA06	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.07. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA07	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.08. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de dinheiro para comprar comida? Quanto peso ele(a) perdeu?	IA08	Sim Pouco peso 1 Sim, algum peso 2 Sim, muito peso 3 Não 4 NS/ NQR 5
28.09. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez fez apenas uma refeição ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA09	Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5

28.10. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA10	Sim, quase todo dia Sim, alguns dias Sim, mas só 1 ou 2 dias Não NS/ NQR	1 2 3 4 5
28.11. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA11	Sim, quase todo dia Sim, alguns dias Sim, mas só 1 ou 2 dias Não NS/ NQR	1 2 3 4 5
28.12. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia dinheiro para comprar comida?	IA12	Sim, quase todo dia Sim, alguns dias Sim, mas só 1 ou 2 dias Não NS/ NQR	1 2 3 4 5
28.13. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA13	Sim, quase todo dia Sim, alguns dias Sim, mas só 1 ou 2 dias Não NS/ NQR	1 2 3 4 5
28.14. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA14	Sim, quase todo dia Sim, alguns dias Sim, mas só 1 ou 2 dias Não NS/ NQR	1 2 3 4 5
28.15. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?	IA15	Sim, quase todo dia Sim, alguns dias Sim, mas só 1 ou 2 dias Não NS/ NQR	1 2 3 4 5
29. Morreu alguma pessoa na casa (da família) nos últimos 12 meses?	MOR	Sim Não	1 2
30. Se SIM, quem foi(ram) esta(s) pessoa(s)? <i>(parentesco em relação à criança)</i>	P30.1 Parentesco: _____ P30.2 Parentesco: _____ P30.3 Parentesco: _____	I30.1 Idade: ____ C30.1 Causa: _____ I30.2 Idade: ____ C30.2 Causa: _____ I30.3 Idade: ____ C30.3 Causa: _____	
31. A família se mudou de casa nos últimos 12 meses?	MUD	Sim Não	1 2
32. Se Sim, quantas vezes se mudou?		vezes _____	
33. Nos últimos 12 meses, tem havido algum destes problema na sua família? MO33 Morte de pessoa da família ou próximo da família AC33 Acidente ou doença grave na família SE33 Separação ou divórcio DI33 Disputa por custódia de filhos/ pensão alimentícia PE33 Alguém perdeu o emprego PR33 Alguém foi preso AP33 Falta de apoio da família/ dos amigos OUT33 OU33Q Outro: _____		1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não	
34. Na sua família, houve ou tem havido brigas, discussões outro tipo de violência em casa? (violência doméstica)	VIOL	Sim Não	1 2
35. Nos últimos 12 meses, quais destes tipos de problemas tem havido em casa? DI35 Discussão, bate-boca, xingamento AG35 Agressão física EM35 Chegar embriagado, drogado EX35 Expulsar alguém de casa OUT35 OU35Q Outras: _____		1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não	
36. Na sua família, alguém tem/teve problema de ficar embriagado (abuso de álcool)?	EMBRI	Sim Não	1 2
37. Se Sim, quem tem tido esse problema com abuso de álcool? <i>(parentesco em relação à criança)</i> VC37 Você mesma ES 37 Esposo/ companheiro FI37 Filho/ filha MP37 Mãe / pai TI37 Tio/ tia IR37 Irmão/ Irmã OUT37 OU37Q Outro: _____		1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não	
38. Na sua família, alguém tem tido problema de usar drogas?	DROG	1- Sim 2 - Não 3 - Não sabe 4 - Não Pode Perguntar	
39. Se Sim, que tipo de droga tem usado? MA39 Maconha CO39 Cocaína CR39 Crack CL39 Cola CP39 Comprimidos OUT39 OU39Q Outra: _____		1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe	

Entrevistadora: _____ Data: ____/____/____

UFC / UNICHRISTUS / FUNCAP-CNPq VI PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ - 2017		INFORMAÇÕES DA MULHER DE 10 - 49 ANOS	
01. Município: _____ Nome da mulher: _____ Telefone para contato: _____			
02. Questionário: [MUN]ICIPIO: ____ [SETOR]: ____ (4 Últimos Nos. do Mapa) [CASA]: ____ [MULHER]: ____			
03. Qual a sua idade?	[IDAMUL]	Anos ____	
04. Cor da pele:	PELE	Branca	1
		Parda	2
		Negra	3
	OUT04 OU04Q	Outra: _____	4
05. Sabe ler e escrever?	[LERES]	Sim	1
		Não	2
		Só assinar	3
06. Até que ano (série) V. estudou na escola? (Passou de ano) (Se nível superior, anotar quantos anos, em 'série', e 3º. Grau)	SER GRAU	Série ____	____
07. Qual o seu estado civil?	[COMPA]	Solteira	1
		Casada	2
		União estável	3
		Separada	4
		Viúva	5
08. Qual a sua religião?	RELIG	Católica	1
		Protestante/evangélica	2
		Espírita	3
		Umbanda/Candomblé	4
	OUT08 OU08Q	Outra: _____	5
		Nenhuma	6
09. Se tem religião, considera-se praticante?	PRAT	Sim	1
		Não	2
10. V. trabalha atualmente? (Trabalho com algum ganho ou não)	[TRABA]	Sim, só em casa (trabalho doméstico)	1
		Sim, fora de casa	2
		Sim, em casa, pra fora	3
		Não trabalha em nada (nem mesmo trab. doméstico)	4
11. No seu trabalho (ou em casa, se não trabalha) V. passa a maior parte do tempo em que posição? (Leia as opções)	POSTRA	Sentada	1
		Em pé	2
		Andando	3
		Fazendo muito esforço	4
	OUT11 OU11Q	Outro: _____	5
12. Quantas horas por dia V. trabalha?	HOTRA	____ horas	
13. Quantos dias na semana V. trabalha?	DITRA	____ dias	
14. Nos últimos 30 dias, quantos dias faltou ao trabalho: (Se Não faltou, anotar 00 (zero))	FTE Por problemas emocionais FTD Por doença, problemas físicos FTP Por questões pessoais	____ dias ____ dias ____ dias	
15. V. fuma cigarros? Com que frequência?	[FUMA]	Sim, todos os dias	1
		Sim, alguns dias	2
		Não, parou de fumar	3
		Não, nunca fumou	4
16. V. está satisfeita com o seu corpo, ou se acha magra, gorda?	[SATCOR]	Sim, satisfeita	1
		Não, gostaria de emagrecer	2
		Não, gostaria de engordar	3
		Não sabe	4
17. Nos últimos 30 dias, V. fez alguma coisa para perder ou ganhar peso? (Não inclui atividades do trabalho)	CA17 Caminhada AC17 Academia ES17 Esportes DI17 Dieta/ regime RE17 Tomou remédio para emagrecer OUT17 OU17Q Outro:	1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não	
18. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha Diabetes?	[DIABE]	Sim	1
		Sim, quando estava grávida	2
		Disse que tinha pré-diabetes ou suspeita	3
		Não	4
19. Se Sim, o que V. usa/faz para controlar o Diabetes?	[REDIAB]	Insulina, regularmente	1
		Insulina, não regularmente	2
		Medicação oral, regularmente	3
		Medicação oral, não regularmente	4
	OUT19 OU19Q	Outro: _____	5
		Não usa/faz nada	6
20. Alguma vez na vida um médico, ou outro profissional de saúde, já lhe disse que V. tinha Hipertensão Arterial (Pressão alta)?	[HIPART]	Sim	1
		Sim, quando estava grávida	2
		Disse que tinha PA no limite (pré-hipertensa)	3
		Não	4

21. Se Sim, o que V. usa/faz para baixar a pressão?	[REHA]	Medicação oral, regularmente 1 Medicação oral, não regularmente 2 Dieta, reduz sal 3 Outro: _____ 4 Não usa/faz nada 5
22. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha Colesterol alto?	[COLEST]	Sim 1 Não 2 Não lembra 3 Não sabe o que é colesterol 4
23. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha problema de Tireóide?	[TIREO]	Sim 1 Não 2 Não lembra 3 Não sabe o que é tireóide 4
24. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha algum destes problemas na vista:	MI24 Miopia (Vê pouco de longe) HI24 Hipermetropia (Vê pouco de perto) VC24 Vista cansada CA24 Catarata OUT24 OU24Q Outro:	1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não
25. V. sente alguma dor crônica (que nunca passa; ou que passa, mas sempre volta)? O quanto ela incomoda?	DORC	Sim, incomoda muito 1 Sim, mas não incomoda muito 2 (Se Não, pula para Q31) → Não 3
26. Se sim, em que local do corpo esta dor é mais forte?	DORL	Na cabeça 1 Nas costas 2 Nos quartos 3 Nas pernas 4 Nos braços/ombros 5 No pescoço 6 Outro: _____ 7
27. Se Sim, há quanto tempo tem esse problema de dor?	DORT	_____ anos
28. Quais destes problemas V. costuma ter/sentir quando está numa crise de dor?	CD28 Se curvar de tanta dor CC28 Não cuidar da casa/fazer comida FT28 Faltar ao trabalho/escola SE28 Ter que procurar um serviço de emergência AN28 Ter que usar analgésico forte/narcótico CA28 Ter que tomar calmante (para nervos/depressão) OUT28 OU28Q Outro:	1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não
29. Algum médico já disse o que causa essa dor?	DORM OUT29 OU29Q	Problema na coluna 1 Problema em um nervo 2 Tumor 3 Inchaço 4 Enxaqueca 5 Outro: _____ 6 Não consultou um médico 7
30. O que V. acha que causa esta dor?	DORV OUT30 OU30Q	O que o médico falou 1 'Um mal jeito que deu' 2 'Mal olhado, quebranto, encosto' 3 Uma queda, pancada 4 Outra: _____ 5 Não sabe 6
31. Alguém de casa já disse que V. ronca, e se o ronco incomoda?	RONC	Sim, ronca e incomoda 1 Sim, ronca mas não incomoda 2 Não 3
32. Alguém da família já viu V. parar de respirar enquanto dorme?	PRESP	Sim, com frequência 1 Sim, às vezes 2 Sim, raramente 3 Não 4
33. Nos últimos 12 meses, V. fez consulta com Médico, Enfermeira ou Dentista?	CONSM Médico CONSE Enfermeira CONSD Dentista	Sim 1 Não 2 Sim 1 Não 2 Sim 1 Não 2
34. Se fez consulta com médico, qual foi o motivo da última consulta?	COMOT COMQ	Doença 1 Qual: _____ Prevenção 2
35. V. já se vacinou contra o HPV? Quantas doses recebeu? (Anote 0 se nunca recebeu; se não lembra quantas recebeu, anote 1)	VHPV	No. de doses _____ Não sabe 9
36. V. já se vacinou contra a Rubéola? Quantas doses recebeu? (Anote 0 se nunca recebeu; se não lembra quantas recebeu, anote 1)	VRUB	No. de doses _____ Não sabe 9
37. V. já se vacinou contra o Hepatite B? Quantas doses recebeu? (Anote 0 se nunca recebeu; se não lembra quantas recebeu, anote 1)	VHEB	No. de doses _____ Não sabe 9
38. V. se vacinou contra o Sarampo?	VSAR	Sim, recentemente 1 Sim, quando criança 2 Não 3 Não sabe 4

39. V. já recebeu alguma vez na vida a vacina anti-tetânica? Quantas doses? (Anoto 0 se nunca recebeu; se não lembra quantas recebeu, anote 1)	TEVIDA	No. de doses ____ Não sabe 9
40. Vc. já tomou Sulfato Ferroso?	SUF	Sim, recebeu no posto de saúde 1 Sim, comprou na farmácia 2 Não 3 Não sabe 4
41. Vc. já tomou Ácido Fólico?	ACF	Sim, recebeu no posto de saúde 1 Sim, comprou na farmácia 2 Não 3 Não sabe 4
42. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha problema no Útero? Se Sim, qual problema?	UTER	Sim, endometriose 1 Sim, mioma (tumor benigno do útero) 2 Sim, outro tumor do útero 3 Não 4
43. V. já fez alguma destas cirurgias?	OUT42 OU42Q	Outro: _____ 5
HI43 Histerectomia (retirada do útero) PE43 Períneo (reparar a vagina) MA43 Mastectomia (retirada da(s) mama(s)) TI43 Tireoidectomia (retirada da tireoide)		1 - Sim 2 - Aguarda fazer 3 - Não 1 - Sim 2 - Aguarda fazer 3 - Não 1 - Sim 2 - Aguarda fazer 3 - Não 1 - Sim 2 - Aguarda fazer 3 - Não
44. Fez exame de prevenção de câncer (ginecológico) nos últimos 12 meses?	PRECA12	Sim 1 Não 2
45. Se não, já fez alguma vez na vida?	PRECAVI	Sim 1 Não 2
46. Seus seios foram examinados em alguma consulta nos últimos 12 meses? (Não inclui o exame feito numa consulta de pré-natal)	EXSEIOS	Sim 1 Não 2
47. V. já fez exames de mamografia? Quantos exames já fez? (Se fez, mas não lembra quantos, anote 1)	EXMAQ	Sim, ____ exames Nunca fez 8 Não sabe o que é mamografia 9
48. Alguma vez na vida V. fez o teste de HIV? (Se Não ou Não Sabe, passe para Q 51)	EXAIDS	Sim 1 Não 2 Não sabe 3
49. Se Sim, por que fez este exame? (Ler as opções; marcar mais de uma opção se apropriado)	PQEXAID	Queria saber 1 O médico pediu 2 Estava grávida 3 Doou sangue 4
50. V. recebeu o resultado deste exame? Na mesma hora (Teste Rápido) ou dias depois? (OBS: Não perguntar sobre qual foi o resultado do exame)	RESEXA	Sim, na mesma hora 1 Sim, recebeu depois 2 Quanto tempo depois: _____ Não recebeu 3
51. Quantos anos V. tinha quando veio a primeira regra (menstruação)? (Anoto 00 se ainda não teve; e passe para Questão 54)	PRIMEN	Anos ____
52. Quais destes problemas V. costuma ter/sentir quando vem sua menstruação?		ES52 Excesso de sangramento 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não CD52 Se curvar de tanta dor 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não CC52 Não cuidar da casa/Não fazer comida 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não FE52 Faltar ao trabalho/ à escola 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não SE52 Ter que procurar um serviço de emergência 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não AN52 Ter que usar analgésico forte/narcótico 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não AC52 Ter que tomar anticoncepcional para controlar 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não CR52 Ter que tomar calmante (remédio pros nervos) 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não OUT52 OU52Q Outro: _____ 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não
53. Vc. costuma fazer alguma higiene íntima quando vem a menstruação? Se Sim, qual?	HIGI	Sim, asseio com água/sabonete 1 Sim, usa absorvente 2 Sim, asseio e absorvente 3 Sim, outro: _____ 4 Não faz nada especial 5
54. V. já teve sua primeira relação sexual? Quantos anos V. tinha na ocasião? (Se ainda não teve, anote 00; 99 se não lembra)	PRIREL	Anos ____
SE AINDA NÃO TEVE RELAÇÃO SEXUAL, PASSE PARA A QUESTÃO 107		
55. Atualmente V., ou seu companheiro, usam algum método para evitar filhos? Qual método usa com mais frequência?	METOQ	Coito interrompido 01 Amamentação 02 Tabela 03 Temp.Basal / Billings 04 Diafragma 05 DIU 06 Camisinha masculina 07 Camisinha feminina 08 Pílula 09 Injeção 10 Geléia 11 Vasectomia 12 Outro: _____ 13 Nenhum 14

56. Se não usa nenhum método, por que não usa?	METPQ	Não é sexualmente ativa 01 Esterilidade 02 Menopausa 03 Ligação de trompas 04 Vasectomia 05 Não pode comprar método 06 Não tem método na unidade 07 Não pode usar método 08 Não quer usar método 09 Companheiro não quer 10 Quer engravidar 11 Está grávida 12 Outro: _____ 13
57. V. teve alguma relação sexual nos últimos 30 dias?	RELSEX	Sim 1 Não 2 Não quis responder 3
58. Se Sim, na última relação sexual foi usada a camisinha?	CAMUS	Sim, camisinha masculina 1 Sim, camisinha feminina 2 Não usou 3
59. Se Não, por que não usou a camisinha?	CAMNUS	Não gosta de usar 1 Não quis usar 2 Parceiro não quis usar 3 Confia no parceiro 4 Não pode comprar 5 Já usa outro método 6 Outro: _____ 7
60. V. já ouviu falar, ou já usou, a anticoncepção de emergência ("pílula do dia seguinte")? <i>(utilizada logo após a relação, quando há risco de engravidar)</i>	ANTIEM	Sim, já ouviu falar 1 Sim, já usou 2 Não 3
61. V. já ficou grávida alguma vez? <i>(considere gestação que terminou em aborto)</i>	GRAVIDA	Sim 1 Não 2
SE NUNCA ENGRAVIDOU, VÁ PARA A QUESTÃO 107 (Saúde Mental (Depressão))		
62. Quantas vezes V. já ficou grávida? <i>(incluindo gestações que terminaram em aborto)</i>	GRAVEZ	Gravidezes ___
63. Com que idade V. ficou grávida pela primeira vez?	GRAPRIM	Idade ___
64. Com que idade V. teve seu primeiro filho?	FILPRIM	Primeiro filho ___
65. Quantos filhos V. já teve? (não inclui abortos)	FILTI	Filhos tidos ___
66. Destes, quantos nasceram mortos? <i>(a partir de 7 meses (ou 28 semanas) de gestação)</i>	NATIM	Filhos mortos ___
67. E quantos nasceram vivos?	NATIV	Filhos vivos ___
68. Dos filhos que nasceram vivos, quantos estão vivos até hoje?	VIVOS	Vivos hoje ___
69. E quantos morreram?	MORTOS	Morreram ___
70. Dos filhos que nasceram vivos, quantos nasceram de MAIO de 2014 para cá?	NASC14	Filhos ___
71. Dos filhos que morreram :		
71a. Qual a data do nascimento?	71b. Qual a idade quando morreu?	71c. De que morreu (Causa do óbito)?
U71 Ultimo ___/___/___	U71M ___ dias ___ meses	U71C _____
P71 Penul. ___/___/___	P71M ___ dias ___ meses	P71C _____
A71 Anpen. ___/___/___	A71M ___ dias ___ meses	A71C _____
72. Vc. já teve algum aborto?	ABORT	Sim, nos últimos 12 meses 1 Sim, há mais de 12 meses 2 <i>(Se Não, pular para Q76) →</i> Não 3
73. Se sim, Quantos abortos foram espontâneos? E quantos foram provocados?	ABESP ABPRO	Espontâneos ___ Provocados ___
74. Dos abortos espontâneos, em quantos V. precisou ir a um hospital?	HESP	Espontâneos ___
Dos abortos provocados, em quantos V. precisou ir a um hospital?	HPRO	Provocados ___

75. Quais destes problemas Vc. teve no último aborto? OUT75 OU75Q Outro: _____	AN75 Anemia IN75 Infecção	Sim 1 Não 2 Sim 1 Não 2 Sim 1 Não 2
VERIFIQUE SE TEVE PARTO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS (DE MAIO DE 2014, PRA CÁ), SE NÃO VÁ PARA QUESTÃO 103		
76. Qual a data do seu último parto? <i>(Deve ser igual à Data do Nascimento no Questionário da Criança)</i>		/ /
77. Na gravidez desse último filho fez quantas consultas pré-natal? <i>(Nenhuma consulta=00)</i>	[PNCON]	Nº de consultas _____
78. Com quantos meses de gravidez fez a primeira consulta pré-natal?	[PNPRI]	Meses _____
79. Tomou Sulfato Ferroso (para anemia) nesta última gravidez?	[PNFER]	Sim 1 Não 2
80. Tomou Ácido Fólico nesta última gravidez?	[PNAFO]	Sim 1 Não 2
81. Durante o pré-natal, nesta última gravidez, suas mamas foram examinadas?	[PNMAM]	Sim 1 Não 2
82. Durante o pré-natal, nesta última gravidez, foi feito exame ginecológico (interno)?	[PNGIN]	Sim 1 Não 2
83. Tem Caderneta ou Cartão da Gestante? Pode mostrar?	[CARTAO]	Sim, visto 1 Sim, não visto 2 Não tem 3
84. Se mostrar a Caderneta, anotar o No. do Cartão do SUS: <i>(Em "Identificação", início da Caderneta nova)</i>	CARSUS	_____
85. Qual foi a Data Provável do Parto? <i>(Se Não Tem Caderneta, anotar data informada pela mãe)</i>	DPP	DPP ____/____/____
86. Qual foi a Data do Parto? <i>(Se Não Tem Caderneta, anotar data informada pela mãe)</i>	DPA	DP ____/____/____
87. Quantas consultas foram feitas por trimestres da gravidez? <i>(Se Não Tem Caderneta, anotar informações da mãe)</i>	[CARTRI]	1o. trim (1-12 sem.) ____ 2o. trim (13-24 sem.) ____ 3o. trim (25 ou + sem.) ____
88. Há pesos anotados no cartão? <i>(observe e anote)</i>	[CARPES]	Sim, em todas as consultas 1 Sim, em algumas consultas 2 Não 3
89. Há medidas da Pressão Arterial anotadas no cartão? <i>(observe e anote)</i>	[CARPA]	Sim, em todas as consulta 1 Sim, em algumas consultas 2 Não 3
90. Fez quais tipos de exame durante o pré-natal deste último filho? <i>(Leia as opções)</i> <i>(Consultar Cartão, se tiver)</i>	[PNSAN] Exame de sangue [PNURI] Exame de urina [PNVDRL] Exame VDRL (Sífilis) [PNHIV] Teste de HIV (Aids) [PNULS] Exame de ultrassom	1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe
91. Recebeu a vacina anti-tetânica nesta última gravidez? Quantas doses? <i>(Anoto 0 se não recebeu a vacina)</i> <i>(Consultar Cartão, se tiver)</i>	PNJET	Sim, No. de doses ____ Não, já tinha recebido 7 Não, nunca recebeu 8 Não sabe 9
92. No pré-natal V. recebeu alguma orientação, ou encaminhamento, sobre o hospital onde deveria ter o seu parto?	PARORI	Sim, foi orientada 1 Sim, foi encaminhada 2 Não 3
93. Onde foi o parto?	PAROND QMUN	Hospital do município 1 Hosp. de outro município 2 Em casa 3
94. Quem atendeu o parto?	PARATE	Médico 1 Enfermeiro 2 Parteira 3 Outro: _____ 4
95. Como foi o parto?	PARTIPO	Normal 1 Fôrceps 2 Cesárea (1ª vez que fez uma cesárea) 3 Cesárea (já tinha feito outra cesárea) 4
96. Se Cesárea, a cirurgia foi de urgência ou com dia marcado?	CESA	Urgência (Já tinha entrado em trabalho de parto) 1 Urgência (Ainda não tinha entrado em trabalho de parto) 2 Cesárea com dia marcado 3
97. Se foi com dia marcado, quem decidiu que o parto seria Cesárea?	DCESA OU97Q	O médico sugeriu 1 O médico decidiu 2 Você mesma pediu 3 Você e o médico decidiram 4 Outro: _____ 5
98. A criança mamou no peito logo depois do parto? <i>(ainda na sala de parto)</i>	MAPEITO	Sim 1 Não 2

99. Você teve algum destes problemas de saúde depois do parto?	POSDOR Dor de cabeça POSMAM Mamas inflamadas POSFEB Febre POSEC Secreção com mau-cheiro FISTU Fistula (passagem bexiga-vagina) POSIU Infecção urinária POSPA Pressão alta POSCON Convulsão/ataque POSAMA Problema de amamentação POSAN Sangramento POSOUT POSOUQ Outro:	1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não
100. Fez consulta de revisão do parto durante o resguardo? (Dentro de 45 dias após o parto)	[POSCON]	Sim 1 Não 2
101. Foi visitada em casa por alguém da saúde nos primeiros 30 dias após o parto?	[POSDIAS]	Sim, agente de saúde 1 Sim, médico ou enfermeira do PSF 2 Não 3
102. Durante a gestação, no parto ou no resguardo, recebeu alguma orientação sobre como dar de mamar à criança?	ORIGES Na gestação ORIPAR No parto ORIPOS No resguardo	1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não

QUESTÕES 103 A 106 SOMENTE PARA MULHERES COM LIGAÇÃO DE TROMPAS (Q56-04). SE NÃO, PASSE PARA Q. 107

103. Quantos anos V. tinha quando fez a ligação?	[LIGANOS]	Anos _____
104. Quantos filhos vivos V. tinha quando fez a ligação?	[LIGAFIL]	Filhos _____
105. Como foi feita a ligação?	[LIGAPAR]	Na cesariana 1 No pós-parto (logo após o parto) 2 No intervalo (algum tempo depois do parto) 3
106. Quem tomou a decisão de fazer a ligação?	[LIGADEC]	A própria mulher 1 O casal 2 O companheiro 3 O médico 4

107. Questões sobre Saúde Mental (Depressão) – SRQ20

107.1. Você tem dores de cabeça freqüente?	DC107	Sim 1 Não 2
107. 2. Tem falta de apetite?	FA107	Sim 1 Não 2
107. 3. Dorme mal?	DM107	Sim 1 Não 2
107.4. Assusta-se com facilidade?	AF107	Sim 1 Não 2
107.5. Tem tremores nas mãos?	TM107	Sim 1 Não 2
107.6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	NT107	Sim 1 Não 2
107.7. Tem má digestão?	MD107	Sim 1 Não 2
107.8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	DP107	Sim 1 Não 2
107.9. Tem se sentido triste ultimamente?	ST107	Sim 1 Não 2
107.10. Tem chorado mais do que costume?	CH107	Sim 1 Não 2
107.11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SA107	Sim 1 Não 2
107.12. Tem dificuldades para tomar decisões?	TD107	Sim 1 Não 2
107.13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	DS107	Sim 1 Não 2
107.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	PU107	Sim 1 Não 2
107.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	PC107	Sim 1 Não 2
107.16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	PI107	Sim 1 Não 2
107.17. Tem tido idéia de acabar com a vida?	AV107	Sim 1 Não 2
107.18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	CT107	Sim 1 Não 2

107.19. Você se cansa com facilidade?	CF107	Sim 1 Não 2
107.20. Têm sensações desagradáveis no estomago?	SD107	Sim 1 Não 2

Violência doméstica ou de parceiro íntimo:		
108. Você se considera segura em casa?	SEGUR	Sim 1 Não 2
109. Alguém bate em você ou lhe chama de nomes (xinga)?	ABATE	Sim 1 Não 2
110. Vc. já empurrou, bateu, chutou, esmurrou um outro adulto?	VBATE	Sim 1 Não 2
111. Vc. já foi empurrada, espancada, chutada, esmurrada por outro adulto?	OBATE	Sim 1 Não 2

112. Nos últimos 12 meses, quais destes problemas de saúde V. teve?			
DE112	Dengue	1-Sim	2-Não
ZI112	Zika	1-Sim	2-Não
CH112	Chikungunya	1-Sim	2-Não
AL112	Alergia	1-Sim	2-Não
SI112	Sinusite	1-Sim	2-Não
PN112	Pneumonia	1-Sim	2-Não
OUT112	OU112Q	Outro: _____	1-Sim 2-Não

EXAME ANTROPOMÉTRICO DA MULHER		
113. Circunferência da Cintura (CC): <i>(Medida logo abaixo das costelas)</i>	CIRCIN	CC (cm): _____ ,
114. Circunferência Abdominal (CA): <i>(Medida na altura do umbigo)</i>	CIRCAB	CA (cm): _____ ,
115. Circunferência do Quadril (CQ): <i>(Medida na altura dos glúteos)</i>	CIRCQD	CQ (cm): _____ ,
116. Peso (P):	PESOM	P (kg): _____ ,
117. Estatura (E):	ESTATM	E (cm): _____ ,

Entrevistadora: _____ Data: ___ / ___ / _____

UFC / UNICHRISTUS / FUNCAP-CNPq VI PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ - 2017		INFORMAÇÕES DA CRIANÇA MENOR DE 6 ANOS	
01. Município: _____ Nome Criança: _____			
02. [MUN]: _____ [SETOR]: _____ (4 Últimos Nos. do Mapa) [CASA]: _____ [MULHER]: _____ No.[CRI]ANÇA: _____			
03. Qual o sexo de * (a partir daqui falar o nome da criança)?		[SEXO]	Masculino 1 Feminino 2
04. Qual a data de nascimento de * ? (Deve ser igual à Data do Último Parto (Q76) no Questionário da Mulher, Se for o filho mais novo)		DATN	Data: ____ / ____ / ____
05. Qual a idade de * ?		[IDADE]	Anos: _____ meses: _____
06. O que a V. é de *?		[RESPOND]	Mãe biológica 1 Mãe adotiva 2 Avó 3 Tia 4 Irmã 5 Outro: _____ 6
07. A mãe de * mora na casa?		[MORAM]	Sim, a mãe biológica 1 Sim, a mãe adotiva 2 Não a mãe morreu 3 Não mora 4
08. O pai de * mora na casa? (Se Mora pai biológico ou adotivo, pular para Q12)		[MORAP]	Sim, o pai biológico 1 Sim, o pai adotivo 2 Não, mora o padrasto 3 Não o pai morreu 4 Não mora 5
09. Se não mora em casa, o pai biológico vê/fica com a criança?		PAIVE	Sim, sempre 1 Sim, às vezes 2 Não 3
10. Se não mora em casa, a Sra. recebe alguma ajuda do pai biológico da criança?		PAIAJ	Sim, pensão alimentícia 1 Sim, outra ajuda 2 Não 3
11. Se não mora em casa, a Sra. gostaria de ver o pai biológico da criança com mais frequência?		PAIFR	Sim 1 Não 2
12. Quando engravidou do último filho V. queria ficar grávida?		[QUERIA]	Sim, queria 1 Não planejei, mas fiquei feliz 2 Não, queria noutro momento 3 Não queria mais filho 4 Nunca aceitei este filho 5 NS / NQR 6
13. Quais destas pessoas cuidam da criança em casa?		MC13 Mãe PC13 Pai AC13 Avó TC13 Tia IC13 Irmã OUC13 OC13Q Outro:	1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
14. A Sra. (a mãe) tirou licença maternidade? Quantos meses?		LIMAT LIMES	Sim 1 Meses: _____ Não 2
15. A Sra. (a mãe) tomou Sulfato Ferroso?		SFM	Sim, antes da gestação 1 Sim, durante a gestação 2 Sim, antes e durante a gestação 3 Não tomou 4 Não sabe 5
16. A Sra. (a mãe) tomou Ácido Fólico?		AFM	Sim, antes da gestação 1 Sim, durante a gestação 2 Sim, antes e durante a gestação 3 Não tomou 4 Não sabe 5
17. A Sra. (a mãe) fumou durante a gestação da criança?		FUM	Sim, fumou pouco 1 Sim, fumou moderado 2 Sim, fumou muito 3 Não fumou 4
18. A Sra. (a mãe) bebeu durante a gestação da criança? (bebidas alcoólicas)		BEM	Sim, bebeu pouco 1 Sim, bebeu moderado 2 Sim, bebeu muito 3 Não bebeu 4
19. A criança vive em outra casa, além desta?		OUCA	Sim 1 Não 2

20. SE Sim, de quem é a outra casa?	OUCAQ	Da mãe 1 Do pai 2 Dos avós 3 Da tia/tio 4 Da madrinha/padrinho 5 Outro: 6	
21. O(A) * tem declaração ou certidão de nascimento?	OUC20 OC20Q [DECLNAS]	Sim, declaração 1 Sim, certidão 2 Não 3	
22. O(A) * tem a Caderneta da Criança? <i>(Pedir para ver o Caderneta)</i>	[CARTAO]	Sim, visto 1 Sim, não visto 2 Não, perdeu 3 Nunca teve 4	
Informações 22a. e 22b. a serem copiadas da Caderneta da Criança (Ver a Página 39)			
22a. Dados do Nascimento:			
Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm Perímetro cefálico: _____, _____ cm <i>(anote 00 se não preenchido)</i>			
Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias			
22b. Testes de Triagem:			
Manobra de Ortolani	1 - Negativo	2 - Positivo	3 - Não preenchido
Teste do Reflexo Vermelho	1 - Normal	2 - Alterado	3 - Não preenchido
Teste do Pezinho	1 - Não	2 - Sim	3 - Não preenchido
Triagem Auditiva	1 - Não	2 - Sim	3 - Não preenchido
23. Quanto a criança pesou ao nascer? <i>(Ignorado = 9999)</i>	[PESONAS]	Peso ao Nascer Confirmado na Caderneta: _____ g Peso ao nascer Informado pela Mãe: _____ g	
<i>(Perguntar à mãe, se o Peso não estiver anotado na Cardeneta)</i>			
24. A gestação foi só desta criança, ou foi de gêmeos?	GEMELAR	Gravidez simples 1 Gravidez gêmealar 2	
25. O(A) * nasceu de tempo, antes do tempo ou depois do tempo?	[NASTEMP]	Nasceu de tempo 1 Nasceu antes do tempo (Prematuro) 2 Nasceu depois do tempo 3 Não sabe 4	
25a. Em que posição (na barriga) o bebê estava na hora de nascer?	POSICAO	Bebê estava de cabeça 1 Bebê estava sentado (de nádegas) 2 O bebê estava atravessado 3 Não sabe 4	
26. O bebê ficou internado após o parto?	RNINT	Sim, num berçário 1 Sim, numa incubadora 2 Sim, numa UTI 3 Não, teve alta com a mãe 4	
27. Se Sim, quantos dias ficou internado?	RNINQ	_____ dias	
28. Se Sim, o bebê precisou de:	RE28 Ressuscitação OX28 Oxigênio AB28 Antibióticos AS28 Alimentação por sonda BL28 Banho de luz CG28 Ser aquecido junto à mãe (Canguru)	1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe	
29. A criança mamou na 1ª hora após nascer?	MAMPH	Sim 1 Não 2	
30. O(A) * mama no peito?	[MAMA]	Sim 1 Não 2	
31. Se Não, até que idade * mamou no peito? <i>(idade em meses)</i>	[MAMOU]	Meses _____ Nunca mamou 77	
32. Com que idade * começou a receber: <i>(idade em meses)</i> [OUTALIM]		Água ou chá: _____ Outro leite: _____ Mingau (leite+massa): _____ 1ª comidas sólidas: _____ Comida de panela: _____	
33. Quanta doses destas vacinas a criança já tomou? <i>(Confira na Caderneta da Criança, pág. 82 (velha), pág. 84 (nova))</i> <i>(Some e anote o No. de doses de cada vacina)</i> <i>(Anote 0 (zero) se não tomou nenhuma dose)</i> <i>(Se a mãe diz que tomou, mas não lembra quantas doses, anote 1)</i>	BCG HEPB SABIN PENTA ROTAV PNEUM MENIN FEBRA HEPA TRIVIR TETRA OUTV	BCG (cicatriz no braço) _____ Hepatite B _____ Anti-Pólio (VIP/VOP) Sabin _____ Pentavalente _____ Rotavírus _____ Pneumocócica _____ Meningocócica C _____ Febre Amarela _____ Hepatite A _____ Triplíce Viral _____ Tetra Viral _____ Outra Vacina: _____	

34. Fonte de informações sobre as vacinas: [FONTV]		1- Caderneta 2- Mãe 3- Ambos	
35. O(A) * já tomou alguma dose de Vitamina A? (cápsulas de vitamina A) [VITA]			Sim 1 Não 2
36. Se Sim, quantas doses (cápsulas) ele tomou? (Confira na Caderneta da Criança, pág. 81 (velha), pág. 83 (nova)) DOVA			Doses:
37. Se Sim, quando ele(a) tomou estas doses? (Confira na Caderneta da Criança, pág. 81 (velha), pág. 83 (nova))	DOVAQ	1ª. dose: ___/___/___ 2ª. dose: ___/___/___ 3ª. dose: ___/___/___ 4ª. dose: ___/___/___ 5ª. dose: ___/___/___	6ª. dose: ___/___/___ 7ª. dose: ___/___/___ 8ª. dose: ___/___/___ 9ª. dose: ___/___/___
38. O(A) * foi pesada nos últimos 3 meses? [PESOCAR]			Sim, registrado cartão 1 Sim, não registrado 2 Não foi pesado 3
39. A * tem algum problema de nascença (congenito)? Qual? PCONG PCONQ		Qual? _____	Sim 1 Não 2
40. A criança já fez alguma cirurgia? Qual? CIRUG CIRUQ		Qual? _____	Sim 1 Não 2
41. A Criança usou antibiótico nos últimos seis meses? Qual? ANTBI ANTBQ		Qual? _____	Sim 1 Não 2
42. O(A) * teve diarreia nas últimas 24 horas? [DIAR24]			Sim 1 Não 2
43. O(A) * teve diarreia nos últimos 15 dias? [DIAR15]			Sim 1 Não 2
44. Você deu algum soro a * para tratar a diarreia? (Soro oral reidratante) [SORO]			Sim 1 Não 2
45. A * teve tosse nos últimos 15 dias? [TOS15]			Sim 1 Não 2
46. Se teve tosse, * tinha dificuldade de respirar? [DIFRES]			Sim 1 Não 2
47. Por que * tinha dificuldade de respirar? CAURES OUC47 OC47Q			Nariz entupido 1 Cansaço 2 Outro: _____ 3
48. A * tinha febre? (nos últimos 15 dias, quando tinha tosse) [FEBRE]			Sim 1 Não 2
49. Alguma vez na vida um médico já disse que * tinha Asma? [ASMA]			Sim 1 Não 2 Não sabe 3
50. A * já teve algum destes acidentes? Qual a gravidade? QE50 Queda QM50 Queimadura EO50 Engolir objetos TR50 Tomar remédio/veneno SU50 Sufocação AF50 Afogamento CE50 Choque elétrico AT50 Acidente de trânsito OUC47 OC47Q Outro: _____			1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não
51. Se teve algum acidente que considerou grave, como tratou esse acidente? [ACTRAT]			Tratou em casa 1 Consultou a criança 2 Hospitalizou a criança 3
52. Nos últimos 3 meses a * fez quantas consultas com um médico? (Marque 0 se não fez nenhuma consulta) [COMED]			Consultas _____
53. Qual o motivo da última consulta de * com o médico? [COMOT]			Diarreia 1 Infecções respiratórias 2 Problemas de pele 3 Outra: _____ 4 Prevenção: _____ 5
54. Nos últimos 3 meses a * fez consultas na farmácia, com rezadeiras ou com agentes de saúde? COFARM Farmácia COREZA Rezadeira COAGEN Agente Saúde			1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
55. Nos últimos 3 meses a * teve atendimentos com: FISIO Fisioterapeuta NUTRIC Nutricionista TEROC Terapeuta Ocupacional FONOA Fonoaudióloga PSICOL Psicóloga			1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
56. A * foi internada em hospital nos últimos 12 meses? (Marque 0 se não se internou) [INTERNA]			Internações _____

57. Se Sim, quantas vezes foi internada por: <i>(Marque 0 se não se internou por estes motivos)</i>	[QUINTER]	Pneumonia _____ Diarréia _____ Dengue _____ Zika _____ Chikungunya _____ Abscesso _____
58. Atualmente a * está indo a uma creche? Gratuita ou paga? [CRECHE]	OUC57 OC57Q	Outro motivo: _____ Sim, creche pública 1 Sim, creche particular 2 Não 3
59. Atualmente a * está indo a uma Escola? Gratuita ou paga? [ESCO]		Sim, escola pública 1 Sim, escola particular 2 Não 3
60. Se SIM, quantas horas por dia a * fica na escola ou na creche?	HESC	Horas _____
61. Quantas horas por dia a * fica assistindo TV?	HTV	Horas _____
62. Quantas horas por dia a * fica na internet?	HIN	Horas _____
63. Quantas horas por dia a * fica em aparelhos eletrônicos de toque na tela?	HAE	Horas _____
64. Quantas horas por dia a * fica em jogos eletrônicos (computador/celular/ vídeo-game)?	HJE	Horas _____
65. Quantas horas por dia a * fica brincando sozinha, sem aparelhos eletrônicos?	HBS	Horas _____
66. Quantas horas por dia a * fica brincando com outras crianças, sem ap. eletrônicos?	HBC	Horas _____
67. Quantos dias por semana a * tem atividades esportivas?	HAE	Dias _____
68. Quais destas coisas a * possui ou participa?	CE68 Celular CD68 Computador (desktop ou notebook) TQ68 TV no próprio quarto BI68 Bicicleta FB68 Facebook OUC68 OC68Q Participa de outras redes sociais: CF68 Participa do Programa "Cresça com Seu Filho"	1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
69. A Sra. já ouviu falar de Autismo, um problema que afeta crianças pequenas?	AUTIS	Sim 1 Não 2
70. Algum médico já falou para Sra. que a * tem Autismo?	AUTIM	Sim, faz tratamento 1 Sim, mas não faz tratamento 2 Não 3

As Questões 71.1 a 71.23 sobre Autismo, a seguir, são somente para crianças de 15 a 30 meses de idade.

71.1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, colo?	BP71	Sim 1 Não 2
71.2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	IC71	Sim 1 Não 2
71.3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	SC71	Sim 1 Não 2
71.4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	BE71	Sim 1 Não 2
71.5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como fazer de conta que está falando no telefone, que está cuidando da boneca, ou outra brincadeira de faz-de-conta?	FC71	Sim 1 Não 2
71.6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	DP71	Sim 1 Não 2
71.7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	DI71	Sim 1 Não 2
71.8. Seu filho sabe brincar direito com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	BD71	Sim 1 Não 2
71.9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	TO71	Sim 1 Não 2
71.10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	OO71	Sim 1 Não 2
71.11. O seu filho já pareceu muito sensível a barulho (ex. tapando os ouvidos)?	MS71	Sim 1 Não 2
71.12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	SR71	Sim 1 Não 2
71.13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	IV71	Sim 1 Não 2
71.14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	RN71	Sim 1 Não 2
71.15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	OB71	Sim 1 Não 2
71.16. Seu filho já sabe andar?	SA71	Sim 1 Não 2

71.17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	OC71	Sim 1 Não 2
71.18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	ME71	Sim 1 Não 2
71.19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	AA71	Sim 1 Não 2
71.20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	PS71	Sim 1 Não 2
71.21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	PD71	Sim 1 Não 2
71.22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	ON71	Sim 1 Não 2
71.23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	OR71	Sim 1 Não 2

Competências Familiares para o Desenvolvimento Infantil		
Estimulação psicossocial:		
72. Com que frequência as pessoas da casa, inclusive as crianças, almoçam ou jantam todos juntos?	ALJU	1 – Sempre 2 – Às vezes 3 - Nunca
73. Na sua casa tem revistas, livros ou jornais que a criança possa ver?	RELJ	Sim 1 Não 2
74. A criança tem algum livro infantil ou com figuras ou desenhos?	LINF	Sim 1 Não 2
75. Todos os dias, vc ou outra pessoa da sua família costuma brincar, ler ou conversar apenas com a criança?	FAMB	Sim 1 Não 2
76. As crianças brincam com muitas coisas diferentes. Eu vou dizer algumas dessas coisas ou brinquedos e gostaria que me dissesse se tem algum em casa para a criança brincar:		
BR76 Brinquedos (bola, boneca, bichinho de pelúcia, pião, pipa etc.)		1 - Sim 2 - Não
OC76 Objetos da casa (painéis, colheres, canecos etc.)		1 - Sim 2 - Não
OF76 Objetos e materiais de fora da casa (pedras, gravetos etc.)		1 - Sim 2 - Não
BT76 Brinquedos que tocam música		1 - Sim 2 - Não
BE76 Brinquedos de encaixar, montar		1 - Sim 2 - Não
BM76 Brinquedos de movimento, como pular corda, raquetes, chocalho, bambolê		1 - Sim 2 - Não
LG76 Lápis, giz, pincel, caneta colorida para escrever/ desenhar		1 - Sim 2 - Não
77. A criança costuma brincar ou jogar com outras crianças?	BRINC	Sim 1 Não 2
78. A criança tem contato com animais de estimação da família?	ANIM	Sim, com cachorro 1 Sim, com gato 2 Sim, com gato e cachorro 3 Sim, com outro animal: _____ 4 Família não cria animal de estimação 5
79. Na última semana você ou o pai da criança:		
PB79 Brincou com ela		1 - Sim 2 - Não
PC79 Conversou com ela		1 - Sim 2 - Não
PD79 Cuidou dela		1 - Sim 2 - Não
PP79 Passeou com ela		1 - Sim 2 - Não
PA79 Ajudou/ deu de comer a ela		1 - Sim 2 - Não
Apenas para crianças com menos de 1 ano de idade:		
80. Nos últimos 3 dias, vc. ou outra pessoa da sua família com mais de 15 anos de idade, fez alguma destas coisas com a criança:		
BR80 Brincou com brinquedos que fazem sons, barulho, tocam músicas		1 - Sim 2 - Não
CA80 Cantou para a criança		1 - Sim 2 - Não
JB80 Jogou bola ou objetos que rolam		1 - Sim 2 - Não
BP80 Brincou com brinquedos pequenos		1 - Sim 2 - Não
Apenas para crianças com idade de 1 a 2 anos:		
81. Nos últimos 3 dias, vc. ou outra pessoa da sua família com mais de 15 anos de idade, fez alguma destas coisas com a criança:		
CA81 Cantou		1 - Sim 2 - Não
JB81 Jogou bola		1 - Sim 2 - Não
BP81 Brincou com brinquedos pequenos		1 - Sim 2 - Não
DP81 Desenhou/pintou		1 - Sim 2 - Não
PA81 Levou a criança para passear		1 - Sim 2 - Não
Apenas para crianças com idade de 3 a 4 anos:		
82. Nos últimos 3 dias, vc. ou outra pessoa da sua família com mais de 15 anos de idade, fez alguma destas coisas com a criança:		
CO82 Correu com a criança		1 - Sim 2 - Não
CAS2 Cantou para a criança		1 - Sim 2 - Não
JB82 Jogou bola		1 - Sim 2 - Não
BP82 Brincou com brinquedos pequenos		1 - Sim 2 - Não
DP82 Desenhou/pintou		1 - Sim 2 - Não
PA82 Levou a criança para passear		1 - Sim 2 - Não
QB82 Brincou com quebra-cabeça		1 - Sim 2 - Não

Apenas para crianças com idade de 4 a 5 anos:			
83. Você ou outra pessoa da sua família, faz alguma destas coisas com a criança:			
EA83	Ensina o alfabeto (as letras)	1 - Sim	2 - Não
EL83	Ensina a ler ou escrever	1 - Sim	2 - Não
ES83	Ensina a criança sobre como sair com outras crianças	1 - Sim	2 - Não
EC83	Ensina a criança sobre como se comportar na escola	1 - Sim	2 - Não
AB83	Anda de bicicleta, cavalo etc.	1 - Sim	2 - Não

Gerenciamento do comportamento (Questões para todas as crianças):			
84. Quando Vc. sai de casa quem costuma ficar cuidando da criança:	QSAI		Avó/avô da criança 1 Pai da criança 2 Tia/tio da criança 3 Criança < 10 anos 4 Criança > 10 anos 5 Vizinhos 6 Vai junto 7 Fica sozinho 8 Outro: 9
85. O que vc. faz quando a criança não se comporta bem, ou seja, faz alguma coisa que vc. não quer?			
RE85	Repreende a criança	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
CA85	Dá um castigo	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
FA85	Faz ameaças	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
BA85	Bate nela	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
EX85	Diz não e explica porque ela não deve se comportar assim	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
PA85	Dá umas palmadas	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
GR85	Grita com a criança	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
DN85	Diz 'Não' ou 'Para'	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
DI85	Distrai a criança	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
SE85	Manda a criança sentar, ir pro quarto, ou leva ela embora se não está em casa	1- Sim, espontâneo	2- Sim, induzido 3- Não
86. Quais destas situações acontecem com a criança?			
DO86	Criança dorme na mesma cama que os pais	1 - Sim	2 - Não
FO86	O lugar onde a criança dorme fica perto do fogão, vela etc.	1 - Sim	2 - Não
CH86	O lugar onde a criança dorme fica próximo ao chão	1 - Sim	2 - Não
TO86	As tomadas elétricas ficam destampadas	1 - Sim	2 - Não
OB86	Os objetos pequenos ficam ao alcance da criança	1 - Sim	2 - Não
SO86	A criança fica sozinha	1 - Sim	2 - Não
FC86	Deixa a criança ir pra fora de casa	1 - Sim	2 - Não
PA86	Os cabos das panelas ficam pra fora do fogão	1 - Sim	2 - Não
ME86	Os medicamentos/remédios ficam ao alcance da criança	1 - Sim	2 - Não
DE86	Detergente, veneno, água sanitária ficam alto, longe da criança	1 - Sim	2 - Não
FA86	Facas e tesouras ficam guardadas/ longe do alcance da criança	1 - Sim	2 - Não
BF86	Crianças podem brincar com fogos de artifício e fogueiras	1 - Sim	2 - Não

(QUESTÕES SEGUINTE COM AS PERGUNTAS DO ASQ3)

EXAME ANTROPOMÉTRICO DA CRIANÇA		
87. Peso da Mãe COM a Criança:	[PESOMC]	P (kg): _____
88. Peso da Mãe SEM a Criança:	[PESOM1]	P (kg): _____
89. Estatura (E):	[ESTATC]	E (cm): _____
90. A criança foi medida:	[POSICAO]	1- Em pé 2- Deitada
91. Perímetro cefálico:	[PERICEF]	PC (cm): _____

Entrevistadora: _____ Data: ____/____/____

UFC / UNICHRISTUS / FUNCAP-CNPq VI PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ - 2017	
--	---

Município: _____	Nome da Criança: _____	Prematuridade: Sim 1 Não 2
MUN: _____	SETOR: _____	CASA: _____
	MULHER: _____	CRIANÇA: _____

Idade da Criança Hoje: Anos ___ Meses ___ Dias ___	Cálculo da idade:
Questionário ASQ3: ___ Meses	

Domínios:	Perguntas:	Respostas:	Pontos
1. Comunicação	C1.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.2	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.3	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.4	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.5	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.6	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	Comunicação: Total		

2. Coordenação Motora Ampla	A2.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.2	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.3	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.4	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.5	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.6	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	Coordenação Motora Ampla: Total		

3. Coordenação Motora Fina	F3.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	F3.2	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	F3.3	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	F3.4	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	F3.5	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	F3.6	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	Coordenação Motora Fina: Total		

4. Resolução de Problemas	R4.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	R4.2	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	R4.3	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	R4.4	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	R4.5	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	R4.6	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	Resolução de Problemas: Total		

5. Pessoal / Social	P5.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	P5.2	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	P5.3	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	P5.4	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	P5.5	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	P5.6	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	Pessoal / Social: Total		

Entrevistadora: _____ Data: ___/___/___