

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

MICHELLE MONICA RUPRECHT REDIN

**INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO AUTORRELATO DE
DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

SÃO LEOPOLDO

2016

Michelle Mônica Ruprecht Redin

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO AUTORRELATO DE
DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Dissertação apresentada a Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi

Coorientador: Prof.Dr. Rogério Lessa Horta

São Leopoldo

2016

R317i Redin, Michelle Monica Ruprecht
Influência dos aspectos psicossociais no autorrelato de
doenças cardiovasculares / por Michelle Monica Ruprecht Redin—
2016.
102 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, São
Leopoldo, RS, 2016.

Orientador: Dr. Marcos Pascoal Pattussi.
Coorientador: Dr. Rogério Lessa Horta.

1. Aspectos psicossociais. 2. Doenças cardiovasculares. 3. Qualidade de
vida. 4. Apoio social. 5. Resiliência. I. Título.

CDU: 616.1:159.9

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Alessandro Dietrich - CRB 10/2338

À minha filha Beatriz que está chegando para alegrar nossos dias, meu esposo e minha mãe por todo incentivo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Rodrigo por sua compreensão, dedicação, paciência, incentivo e apoio.

Aos meus pais que contribuíram com incentivo e apoio durante toda minha jornada.

À minha irmã por seu incentivo e compreensão.

À Vanessa Shultz, por sua compreensão, auxílio e apoio nos momentos que precisei me ausentar do trabalho.

Ao professor Dr. Marcos Pascoal Pattussi pela orientação, paciência, auxílio, atenção e dedicação.

Ao professor Dr. Rogério Lessa Horta, coorientador, pela ajuda e contribuições prestadas.

À professora Dr^a. Tonantzin Ribeiro Gonçalves pelos conhecimentos repassados.

“Que eu jamais me esqueça de que Deus me ama infinitamente, que um pequeno grão de alegria e esperança dentro de cada um é capaz de mudar e transformar qualquer coisa, pois a vida é construída nos sonhos e concretizada no amor”

Chico Xavier

APRESENTAÇÃO

Este trabalho está estruturado de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Portanto, está subdividido da seguinte forma:

I – Projeto de pesquisa.....8

Apresenta os objetivos da pesquisa, uma revisão bibliográfica que corrobora com a temática do estudo, a metodologia que foi utilizada, os aspectos considerados e o cronograma do desenvolvimento da pesquisa.

II –Relatório de Campo.....54

Nesta parte do trabalho estão descritas todas as etapas percorridas desde a construção dos instrumentos para a coleta de dados, a seleção dos setores censitários, o treinamento dos entrevistadores, o estudo piloto, a coleta dos dados principais, o controle de qualidade, a entrada dos dados coletados, bem como a análise dos mesmos.

III – Artigo Científico.....64

Este artigo trás uma discussão dos principais resultados obtidos na pesquisa com a literatura existente dentro dessa linha temática.

IV – Anexos.....82

São apontados os instrumentos de pesquisa, a aprovação do comitê de ética do projeto, análises realizadas e construto original controlado para aspectos psicossociais e demográficos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCV	Doenças Cardiovasculares
RDCV	Risco para Doenças Cardiovasculares
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoprotein
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	LowDensityLipoprotein
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SOC	Senso de Coerência

PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO PROJETO DE PESQUISA

RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	13
1 INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Condições clínicas, epidemiologia e fatores de risco para DCVs	15
2.1.1 Hipertensão arterial	17
2.1.2 Dislipidemias	19
2.2 Relações das DCVs com aspectos psicossociais.....	20
2.2.1 Apoio social e saúde	21
2.2.2 Espiritualidade e saúde	23
2.2.3 Resiliência e saúde	25
2.2.4 Qualidade de vida e saúde.....	27
2.2.5 Estresse e saúde.....	28
2.2.6 Senso de coerência e saúde	29
2.3 Mecanismos de ação dos aspectos psicossociais	29
3 JUSTIFICATIVA.....	35
4 OBJETIVOS.....	36
4.1 Objetivo Geral.....	36
4.2 Objetivos Específicos	36
5 HIPÓTESE	36
6 MÉTODO.....	36
6.1 Identificação do projeto	36
6.2 Desenho do estudo	37
6.3 Organização geográfica e população do estudo.....	37
6.4 Estudo piloto	37
6.5 Plano amostral.....	37
6.5.1 Tamanho da amostra	37
6.5.2 Seleção da amostra	38
6.5.3 Coleta dos dados	38
6.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores	38
6.7 Logística.....	39
6.8 Controle de qualidade.....	39
6.9 Desfechos	39

	10
6.9.1 Desfechos	39
6.10 Exposições	40
6.10.1 Variáveis Psicossociais	40
6.11 Fatores de confundimento	41
6.11.1 Variáveis socioeconômicas	41
6.11.2 Variáveis demográficas	42
6.11.3 Variáveis comportamentais	42
6.12 Análise dos dados.....	43
6.13 Aspectos éticos	44
7 CRONOGRAMA	45
REFERÊNCIAS.....	46

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem a maior causa de morte por doenças crônicas não transmissíveis, sendo responsáveis por cerca de 17,2 milhões de mortes no mundo em 2012. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que este número pode chegar em 23,3 milhões no ano de 2030. Entre os principais fatores de risco para DCVs estão aspectos comportamentais como o hábito de fumar, inatividade física e alimentação inadequada, além de aspectos clínicos como o excesso de peso, a hipertensão arterial e a dislipidemia. Além de tais fatores, tem sido sugerido que aspectos psicossociais podem exercer um papel importante direta ou indiretamente no desenvolvimento das DCVs. O objetivo do presente estudo foi avaliar a influência dos aspectos psicossociais no autorrelato de DCVs. As hipóteses eram de que os aspectos psicossociais possuem influência direta nos comportamentos de saúde, nos fatores de risco para doenças cardiovasculares (FRDCV) e na DCV. Tais aspectos também possuiriam um efeito indireto nas DCVs que é mediado pelos comportamentos relacionados à saúde. Para tanto, foi realizado um estudo transversal de base populacional, com uma amostra representativa de adultos residentes na zona urbana um município de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram coletados dados através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios utilizando-se um questionário padronizado e pré-testado composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde. A coleta de dados ocorreu em 2006 e resultou em um total de 1100 indivíduos em 36 setores censitários. Uma variável latente foi criada para os aspectos psicossociais os quais incluíam escalas de: resiliência, qualidade de vida, senso de coerência e apoio social. Os desfechos eram as DCVs e os FRDCV mensurados por itens unitários inquirindo os participantes se algum médico havia dito que eles possuíam: doenças do coração, pressão alta e colesterol/triglicérides elevados, bem como excesso de peso referido ($IMC \geq 25$ Kg/m²). A análise dos dados foi realizada no programa Stata12 e utilizou-se de modelos de equações estruturais. O modelo final apresentou um bom ajustamento em todos os índices: ($\chi^2[57]=155$, $p < 0,001$; $RMSEA=0,042$; $CFI=0,902$ e $SRMR=0,042$). Consistente com nossa hipótese do efeito direto, aspectos psicossociais favoráveis estavam inversamente associados com risco para DCVs ($\beta = -0,15$; $p = 0,011$) e com DCVs ($\beta = -0,10$; $p = 0,048$). O efeito indireto via

comportamentos de saúde não foi confirmado. Os achados sugerem que os aspectos psicossociais podem influenciar a presença de DCVs ou seus fatores de risco.

Palavras-chave: Aspectos psicossociais, doenças cardiovasculares, qualidade de vida, apoio social, resiliência.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVDs) are the leading cause of death from chronic non-communicable diseases, accounting for about 17.2 million deaths worldwide in 2012. The World Health Organization estimates that this number can reach 23.3 million in 2030. Among the main risk factors for CVD are behavioral aspects such as smoking, physical inactivity and inadequate feeding, as well as clinical aspects such as overweight, hypertension and dyslipidemia. In addition to such factors, it has been suggested that psychosocial aspects may play an important role directly or indirectly in the development of CVDs. The main objective of the present study was to evaluate the influence of psychosocial aspects on self-report of CVDs. The hypotheses were that psychosocial aspects have a direct influence on health behaviors, risk factors for cardiovascular diseases (RFCVD) and CVD. Such aspects would also have an indirect effect on CVDs that is mediated by health-related behaviors. A cross-sectional population-based study was conducted with a representative sample of adults living in the urban area of a medium-sized municipality in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected through structured interviews conducted in the homes using a standardized and pre-tested questionnaire composed of demographic, socioeconomic, behavioral, psychosocial, and health-related variables. Data collection occurred in 2006 and resulted in a total of 1100 individuals in 36 census sections. A latent variable was created for the psychosocial aspects which included scales of: resilience, life quality, sense of coherence and social support. The outcomes were CVDs and RFCVDs measured by unit items inquiring participants if a physician had said they had heart disease, high blood pressure and high cholesterol / triglycerides, as well as being overweight ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Data analysis was performed in the Stata 12 program and structural equation models were used. The final model presented a good fit in all indexes: ($\chi^2[57]=155$, $p < 0.001$; $RMSEA=0.042$; $CFI=0.902$ e $SRMR=0.042$). Consistent with our direct effect hypothesis, favorable psychosocial aspects were inversely associated with risk for CVDs ($\beta=-0.15$; $p=0.011$) and with CVDs ($\beta=-0.10$; $p=0.048$). The indirect effect through health behaviors was not confirmed. The findings suggest that psychosocial aspects may influence the presence of CVDs or their risk factors.

Key-words: Psychosocial aspects, cardiovascular diseases, life quality, social support, resilience.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem a maior causa de morte por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo responsáveis por cerca de 17,2 milhões de mortes no mundo em 2012. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que este número pode chegar em 23,3 milhões no ano de 2030 (GLOBAL STATUS REPORT ON NCDs, 2014). Nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 610 mil pessoas morrem devido doenças cardíacas a cada ano, isto corresponde a 1 de cada 4 óbitos (CDC, 2015). O Brasil encontra-se entre os dez países com maior número de óbitos por DCVs, que foram responsáveis por cerca de 30% das 1.170.498 mortes ocorridas no País em 2011, ou seja, cerca de 351.149 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Entre os principais fatores de risco para DCVs estão aspectos comportamentais tais como o hábito de fumar, inatividade física e alimentação inadequada, aspectos clínicos como o excesso de peso, a hipertensão arterial e a dislipidemia. Indivíduos fumantes apresentam risco de infarto do miocárdio aumentado, chegando a ser até cinco vezes maior do que nos indivíduos com menos de cinquenta anos fumantes se comparados aos não fumantes (SIMÃO ET AL, 2013). Já a prática de atividade física é outro comportamento modificável que reduz o risco para o desenvolvimento ou agravamento das DCVs (TAVARES ET AL, 2010; MANCIA ET AL, 2013; SIMÃO ET AL, 2013). Com relação à obesidade, além de inúmeras enfermidades que advém desta condição, está o aumento do risco de DCVs. Do mesmo modo, o aumento progressivo e contínuo dos níveis pressóricos eleva o risco de mortalidade por doença cardíaca e acidente vascular cerebral. Estima-se que a cada 2 mmHg de elevação da pressão arterial sistólica esteja associado ao aumento do risco de doença isquêmica cardiovascular de 7% e acidente vascular encefálico de 10% (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE UK, 2011). As dislipidemias são consideradas como o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares. Estão diretamente relacionadas com os hábitos alimentares, ou seja, o excesso de consumo de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e fitosteróis, que

elevam os níveis de colesterol e triglicérides (XAVIER ET AL, 2013). A diminuição de consumo de alimentos ricos nestes elementos contribui substancialmente para a diminuição das dislipidemias. A associação da ingestão de fibras solúveis, realização de atividade física regular e diminuição de peso, a uma dieta rica em ácidos graxos trans e fitosteróis, apresentam menor impacto comparando-se à mudança no padrão alimentar (SIMÃO ET AL, 2013; GLOBAL STATUS REPORT ON NCDs, 2014).

Além dos aspectos clínicos e comportamentais, tem sido sugerido que aspectos psicossociais podem exercer um papel importante direta ou indiretamente no desenvolvimento das DCVs (HEMINGWAY e MARMOT 1999). Por exemplo, uma revisão sistemática realizada na Austrália demonstrou, a influência do apoio social no desenvolvimento da doença coronariana e de um pior prognóstico quando esta já está instalada (GLOZIER ET AL, 2013). Outra revisão sistemática demonstrou que em indivíduos com maior nível de apoio social, houve também melhor auto-gestão com consequentes melhores comportamentos, principalmente no que diz respeito a alimentação e prática de atividades físicas (MACLEOD E SMITH, 2003) e tais comportamentos, se não realizados de forma negativa, levariam às DCVs. Ausência de associações também tem sido relatada (MACLEOD E SMITH, 2003).

De uma maneira geral as evidências da associação entre os fatores psicossociais, especialmente o apoio social, influenciando na mudança de hábitos e seu impacto na saúde do indivíduo ou relacionada ao próprio enfrentamento individual das situações cotidianas, concentram-se nos países europeus e América do Norte. Há carência de estudos originais envolvendo tal temática na América Latina e Brasil. Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência dos aspectos psicossociais no autorrelato das doenças cardiovasculares.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Condições clínicas, epidemiologia e fatores de risco para DCVs

As DCVs incluem as doenças do coração, as doenças vasculares do cérebro e as doenças dos vasos sanguíneos. Podem ser ocasionadas por aterosclerose (infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doenças da aorta e demais artérias, incluindo hipertensão arterial sistêmica), cardiopatias congênitas,

cardiopatias reumáticas, cardiomiopatias e arritmias cardíacas (GLOBAL ATLAS ON CARDIOVASCULAR DISEASES PREVENTION AND CONTROL, 2011).

Elas são a maior causa de morte no mundo, mais de 17 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2008. Destes, mais de 3 milhões de indivíduos tinham menos de 60 anos. De acordo com a OMS, estima-se que no ano de 2030, 23,3 milhões de pessoas podem morrer por DCVs (GLOBAL ATLAS ON CARDIOVASCULAR DISEASES PREVENTION AND CONTROL, 2011).

Nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 610 mil pessoas morrem devido doenças cardíacas a cada ano, isto corresponde a 1 de cada 4 óbitos no referido país. Anualmente, cerca de 735 mil americanos têm um ataque cardíaco (CDC, 2015).

No Brasil, em 2010, das 326 mil mortes por doenças cardiovasculares, 200 mil estavam relacionadas a doença isquêmica do coração e doenças cerebrovasculares (SIMÃO ET AL, 2014).

O Brasil encontra-se entre os dez países com maior número de óbitos por doenças cardiovasculares, estes compreendem cerca de 30% das mortes registradas em um ano no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Entre os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares estão o fumo, a obesidade, a hipertensão arterial e dislipidemia (SIMÃO ET AL, 2013). Indivíduos fumantes apresentam risco de infarto do miocárdio aumentado, chegando a ser até cinco vezes maior do que em indivíduos com menos de cinquenta anos fumantes se comparados aos não fumantes. A obesidade ($IMC \geq 30$) aumentou no Brasil nos últimos 34 anos cerca de quatro vezes para homens e duas vezes para as mulheres, além de inúmeras enfermidades que advêm desta condição, está o aumento do risco de DCVs. A hipertensão arterial sistêmica é considerada o principal fator de risco para DCVs, aumentando progressivamente o índice de mortalidade de acordo com a elevação dos níveis pressóricos. De acordo com o National Health Service (2015) os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCVs são hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Contudo, o colesterol elevado (principalmente LDL-C) é considerado o principal fator de risco modificável para DCVs (SIMÃO ET AL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA, 2015).

Embora estas morbidades tenham sido muito estudadas no nível clínico há carência de estudos que abordem a relação destes desfechos com os aspectos

psicossociais, como apoio social, resiliência, espiritualidade, qualidade de vida e estresse.

Na sequência são abordados tópicos que remetem a dados que referenciam a importância epidemiológica fatores de risco para doenças cardiovasculares (FRDCVs) no estudo das DCVs e sua relação com os aspectos psicossociais.

2.1.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma condição que possui vários fatores causais associados. Está associada a alterações de órgãos alvo, como por exemplo, coração, rins e cérebro e pode levar à DCVs fatais (TAVARES ET AL, 2010).

Globalmente, a prevalência geral de hipertensão arterial em adultos maiores de 25 anos, foi de cerca de 40% em 2008. A proporção da população mundial com hipertensão arterial, decresceu moderadamente entre 1980 e 2008. No entanto, a prevalência de indivíduos com hipertensão arterial não controlada aumentou, e este fato está relacionado ao crescimento populacional e envelhecimento (OMS, 2015).

Nos EUA há 70 milhões de adultos com hipertensão arterial, isto representa um terço de sua população, e destes, apenas metade têm sua condição sob controle. Estima-se que a hipertensão arterial custe aos EUA cerca de 46 milhões de dólares ao ano. Este cálculo inclui o custo dos serviços de saúde, medicamentos e dias de trabalho perdidos (CDC, 2015).

No Brasil, de acordo com dados do DATASUS para o ano de 2012, a prevalência de hipertensão arterial em adultos com mais de 18 anos (que referiram diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial) foi de 24,3 %.

Na prática é utilizada universalmente, como ponto de corte para definição de hipertensão arterial, os valores de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). A hipertensão é definida como valores ≥ 140 mmHg para PAS e ≥ 90 mmHg para PAD (MANCIA ET AL, 2013).

A classificação universal de níveis pressóricos (em mmHg) adotada internacionalmente considera valores ótimos de PAS < 120 mmHg e <80 mmHg, normal de 120 a 129 mmHg PAS e/ou 80 a 84 mmHg PAD, normal alto ou limítrofe 130 a 139 mmHg PAS e/ou 85 a 89 mmHg PAD, hipertensão grau I 140 a 159 mmHg PAS e/ou 90 a 99 mmHg PAD, hipertensão grau II 160 a 179 mmHg PAS e/ou 100 a 109 mmHg PAD, hipertensão grau III PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 110

mmHg e hipertensão sistólica isolada PAS \geq 140 mmHg e PAD $<$ 90 mmHg (MANCIA ET AL, 2013).

Os principais fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica estão relacionados com a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética (TAVARES ET AL, 2010).

Há uma tendência linear para hipertensão arterial sistêmica no que se refere a idade. No Brasil, entre os indivíduos de 25 a 34 anos a prevalência em 2009 foi de 13,7% e de 63,2% entre os indivíduos com mais de 65 anos. Em comparação entre homens e mulheres a ocorrência de hipertensão arterial é mais elevada entre homens até 50 anos, invertendo-se após esta faixa etária. No que diz respeito à cor da pele, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica é até duas vezes maior em indivíduos de cor não-branca. O excesso de peso e a utilização excessiva de sódio ($>$ 2,4 g/dia, equivalente a $>$ 6 gramas de cloreto de sódio) possui relação com o desenvolvimento de hipertensão arterial, a ingestão de álcool por períodos prolongados também configura como fator de risco para o seu desenvolvimento. A atividade física reduz a incidência de hipertensão arterial, mesmo em indivíduos que já apresentem pré-hipertensão (TAVARES ET AL, 2010; MANCIA ET AL, 2013; DATASUS, 2009).

Nota-se claramente na população a influência dos fatores genéticos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, porém ainda não se identificou um marcador específico para prever individualmente tal característica (MANCIA ET AL, 2013). A interferência do nível socioeconômico no desfecho é difícil de ser estabelecida tamanha a sua complexidade, porém no Brasil ela foi prevalente em indivíduos com menor escolaridade. Nota-se também, que em famílias cujo estilo de vida não compreende uma alimentação balanceada, não têm hábito de realizar atividades físicas regulares, têm elevado consumo de sódio, álcool e lipídios, há maior predisposição para o desenvolvimento de hipertensão arterial (TAVARES ET AL, 2010; MANCIA ET AL, 2013).

Considera-se que de 20 a 30% dos casos de hipertensão arterial estejam relacionados ao sobrepeso (índice de massa corporal (IMC) superior a 25 kg/m²) e a circunferência da cintura superior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres. Estima-se que com a redução de 5 a 10% do peso corporal já é possível a redução dos níveis pressóricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O aumento progressivo e contínuo dos níveis pressóricos eleva o risco de mortalidade por doença cardíaca e acidente vascular cerebral. Estima-se que a cada 2 mmHg de elevação da pressão arterial sistólica esteja associado ao aumento do risco de doença isquêmica cardiovascular de 7% e acidente vascular encefálico de 10% (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE UK, 2011).

Conforme dados da OMS (2015), em 2008 no mundo, a estimativa de óbitos decorrentes de hipertensão arterial foi de cerca de 7,5 milhões de mortes/ano, ou cerca de 12,8% do total de todas as mortes.

2.1.2 Dislipidemias

No mundo, um terço das doenças isquêmicas coronarianas são atribuíveis aos níveis elevados de colesterol. Estima-se que as dislipidemias sejam responsáveis por 2,6 milhões de mortes/ano (4,5% do total de mortes). O aumento do colesterol configura uma das principais morbidades do mundo desenvolvido e em desenvolvimento, sendo considerado fator de risco para doença isquêmica cardíaca e cerebral. Na Irlanda, uma redução de 30% na mortalidade por doença cardíaca tem sido atribuída à redução de 4,6% da média de colesterol de sua população (GLOBAL ATLAS ON CARDIOVASCULAR DISEASES PREVENTION AND CONTROL, 2011).

De acordo com a OMS, no ano de 2008, a prevalência de dislipidemia foi maior na Europa (54% para ambos os sexos), seguida pelas Américas (48% para ambos os sexos). A África e o Sudeste Asiático apresentaram os menores percentuais (22,6% e 29% respectivamente). Em estudo realizado no Distrito Federal, analisando 49 395 adultos residentes nas capitais do país, constatou-se taxa autorreferida de dislipidemia de cerca de 16,5% (GIGANTE ET AL, 2009).

As dislipidemias são alterações das taxas de lipídeos no plasma, este fato pode ocorrer devido disfunções endógenas, problemas de absorção, disfunções exógenas ou pela ingestão excessiva de alimentos ricos em gorduras e colesterol (LOPES ET AL, 2006). São consideradas como o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares. O excesso de consumo de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e fitosteróis elevam os níveis de colesterol e triglicérides. A diminuição de consumo de alimentos ricos nestes elementos contribui substancialmente para a diminuição das dislipidemias. Pode-se associar-se a

ingestão de fibras solúveis, atividade física regular e diminuição de peso, que nesta situação, apresentam menor impacto comparando-se à mudança no padrão alimentar (SIMÃO ET AL, 2013).

Também é considerado como principal fator de risco passível de modificação para doença arterial coronariana, pois o seu controle, principalmente das lipoproteínas de baixa densidade ou low density lipoprotein (LDL-C), traz grande benefício com redução das taxas de infarto agudo do miocárdio e morbidades coronarianas (XAVIER ET AL, 2013).

As dislipidemias que não apresentam causa aparente, podem ser subdivididas em genótípicas ou fenotípicas (ou bioquímicas), dentre as genótípicas pode ocorrer a alteração morfológica de um só gene ou dois ou mais genes podem estar envolvidos no desenvolvimento da doença. Dentre as dislipidemias fenotípicas ou bioquímicas temos várias subdivisões de acordo com os achados bioquímicos: hipercolesterolemia isolada que compreende a elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dl); hipertrigliceridemia isolada, que consiste no aumento de partículas ricas em triglicerídeos (≥ 150 mg/dl); hiperlipidemia mista, ou seja, valores aumentados de LDL-C (≥ 160 mg/dl) e triglicerídeos (≥ 150 mg/dl); redução do colesterol de densidade alta (high density lipoprotein (HDL-C)), que compreende níveis inferiores a 40 mg/dl de HDL-C para homens e inferiores a 50 mg/dl para mulheres (isolado ou associado à elevação de LDL-C ou de triglicerídeos) (XAVIER ET AL, 2013).

2.2 Relações das DCVs com aspectos psicossociais

O termo psicossocial tem sido cada vez mais utilizado em pesquisas da área da saúde e epidemiologia social, este tem sido definido de formas distintas e é um tema ainda em discussão. Mas pode ser definido como a influência de fatores sociais sobre o comportamento de um indivíduo, e a inter-relação de fatores comportamentais e sociais. Os efeitos desta influência podem ser relevantes, pois mediando os efeitos das condições psicossociais poderia se agir sobre os resultados individuais de saúde (MARTIKAINEN ET AL, 2002).

Aspectos psicossociais podem ser entendidos como um nível intermediário entre o individual e o social. Inclui fatores relacionados ao apoio e rede social do indivíduo e sua interação com o meio, família, conflitos, trabalho, esforço pessoal,

sensação de segurança e autonomia (EGAN ET AL, 2008; MARTIKAINEMET AL, 2002).

Os efeitos dos aspectos psicossociais na saúde das pessoas têm recebido crescente atenção do meio científico e político. Para auxiliar nesse processo, a epidemiologia social explora a forma como ocorre a influência das interações dos indivíduos no seu estado de saúde (EGAN ET AL, 2008).

Futuras pesquisas investigando como a influência dos aspectos psicossociais na saúde das populações, podem incentivar decisões para o desenvolvimento de estratégias públicas de saúde, podem ajudar na compreensão de como os sentimentos de segurança, apoio social, autonomia podem melhorar as condições de saúde individuais (EGAN ET AL, 2008).

2.2.1 Apoio social e saúde

A definição de apoio social engloba vários conceitos e entre estes estão redes sociais, relações pessoais e relações comunitárias. Pode ser definido como qualquer informação ou ajuda material oferecidos por pessoas ou grupos que se conhecem e que repercutem emocionalmente nestes e resultam em comportamentos que auxiliam o indivíduo no enfrentamento de situações adversas (BERKMAN E KAWACHI, 2000). Este é recíproco, pois tais efeitos podem ser percebidos nos indivíduos que oferecem o apoio e naqueles que o recebem, resultando em ambos, maior sentido e controle sobre suas vidas. Está relacionado com a quantidade de amor, simpatia, carinho, compreensão, estima ou valor disponível a partir de outros (PIETRUKOWICZ, 2001; BERKMAN E KAWACHI, 2000).

O apoio social tem demonstrado ter influência na vida dos indivíduos, sendo relacionado a saúde física e mental, resposta positiva ao estresse e longevidade. Este é crucial para o enfrentamento de várias situações da vida, sendo fundamental frente a ocorrências estressoras. Porém, no contexto de apoio social, há diversos outros fatores envolvidos que ainda carecem de maior elucidação (GONÇALVES ET AL, 2011; GONÇALVES, 2012).

Ele cria oportunidades de melhora psíquica e física, tanto para quem oferece quanto para quem recebe, afeto, respeito e admiração. Sentimentos de pertencimento a um grupo com o qual partilha os mesmos anseios, confiança pela união entre os indivíduos, associada ao sentimento de segurança percebida pelo

indivíduo; está relacionada com os cuidados prestados e recebidos, orientação, conselhos e informações que se referem ao bem estar comum (PIETRUKOWICZ, 2001; VALLA, 1999; ANDRADE E VAITSMAN, 2002).

Este pode ser observado como uma manifestação interpessoal, desta forma pode ser encarado de maneiras diversificadas, atentando para as perspectivas de cada indivíduo envolvido no apoio social, sejam estes doadores ou receptores (GONÇALVESET AL, 2011; BERKMAN E KAWACHI, 2000).

Os primeiros estudos relativos a apoio social foram desenvolvidos na década de cinquenta, os quais abordavam principalmente as áreas da psicologia e psiquiatria. Já nos anos setenta, houve crescente interesse na área e maior número e aprofundamento dos estudos sobre a influência do apoio social no desenvolvimento de doenças físicas foram iniciados (CANESQUI E BARSAGLINI, 2012; CHOR ET AL, 2001).

O estudo realizado no condado de Alameda na Califórnia (EUA), iniciado em 1965 e com segmentos até 1999, teve o objetivo de investigar o desenvolvimento de DCNT, compreendendo melhor a relação entre saúde, qualidade de vida e comportamentos dos indivíduos. A coorte analisou aspectos como renda, escolaridade, idade, práticas saudáveis, redes sociais e eventos de vida. Destas variáveis, algumas foram inconclusivas, porém houve relação positiva para redes sociais, práticas saudáveis e participação em religiões, indicando que aspectos como espiritualidade e redes sociais podem ter influência na manutenção da saúde do indivíduo. Esta coorte foi de grande importância para estudos subsequentes, pois se trata da primeira evidência quantitativa de que os aspectos psicossociais podem interferir na saúde humana (HOUSMAN E DORMAN, 2005).

Análises subsequentes da coorte de Alameda continuaram a fornecer dados indicando que comportamentos pessoais saudáveis, interações sociais, condições socioeconômicas, entre outras variáveis, resultam em melhor qualidade de vida e saúde a indivíduos e grupos (HOUSMAN E DORMAN, 2005).

Em estudo de revisão buscando estudos brasileiros que avaliavam apoio social, foram analisados artigos de janeiro de 1987 a dezembro de 2007, constatou-se que dos 59 estudos que foram utilizados na revisão, a grande maioria referiu a relação positiva de apoio social com manutenção ou melhora da saúde, enfrentamento a determinadas situações, como estresse, doenças crônicas e vulnerabilidades sociais e físicas. Já que a saúde pode ser considerada como um

efeito da vida social, pois contempla a forma como o indivíduo organiza-se e age frente às condições sociais nas quais está inserido, neste contexto, abrange também processos históricos e culturais. As relações sociais, envolvidas nestas circunstâncias, podem interferir nas emoções, crenças, comportamentos e reações orgânicas do indivíduo (GONÇALVES ET AL, 2011; GONÇALVES, 2012).

Estudo realizado com 4030 funcionários públicos de uma universidade do Rio de Janeiro em 1999, demonstrou que indivíduos com familiares e amigos, configurando maior apoio social, apresentaram menor autorrelato de doenças crônicas. Neste contexto, o ambiente psicossocial serve como um conceito que une a auto-estima, auto-suficiência e estrutura social. Influenciando diretamente na intensidade e qualidade de saúde e bem estar (SIEGRIST E MARMOT, 2004; GRIEP ET AL, 2005; GRIEP ET AL, 2003).

Para verificação do impacto do apoio social sobre os indivíduos foram criadas escalas que inicialmente consistiam em perguntas simples sobre laços afetivos e participação em atividades sociais. Com o tempo foram sendo modificadas e passaram a ter maior poder preditivo sobre o envolvimento das redes de apoio, influenciando a saúde e podendo influenciar até mesmo na morte do indivíduo. Exemplificando, há uma escala que originalmente foi utilizada em um estudo na cidade de Boston (Estados Unidos da América) denominado Medical Outcomes Study e após foi traduzida e adaptada para estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro (Brasil), que utiliza perguntas que englobam apoio material, afetivo, emocional, informação e interação social positiva (GRIEP, 2005).

Em uma das revisões analisadas evidenciou-se que a qualidade do apoio social e o tamanho das redes de apoio podem estar associadas a um menor risco de doença coronariana e câncer. Observando, ao final do estudo, que apoio social e melhor saúde da população apresentam efeitos diretos e indiretos (EGAN ET AL, 2008).

2.2.2 Espiritualidade e saúde

A palavra espiritualidade soa muitas vezes aos médicos como algo envolvendo religião. Porém, em uma compreensão abrangente do termo, esta não se refere a tradições religiosas ou dogmas, e sim a uma procura pela transcendência. Ela também está relacionada a uma sensação de bem estar,

permitindo ao indivíduo uma auto-reflexão sobre sua vida e os relacionamentos que a envolvem (LOETZ ET AL, 2013; KOENIG,2012).

A espiritualidade compreende uma busca pessoal sobre questões relacionadas à vida, envolvendo seu final, seu sentido e suas relações com o sagrado. Esta pode levar ao desenvolvimento de práticas religiosas, porém pode também o indivíduo não desenvolver ou formar comunidades que estejam relacionadas à religião. A espiritualidade dá sentido à vida sendo um conceito mais amplo que religião, pois refere-se à um sentimento individual, que estimula a busca pelo entendimento pessoal e coletivo, e auxilia nos momentos difíceis fazendo com que sejamos capazes de suportar sentimentos que em outra circunstância seriam debilitantes como culpa, raiva e ansiedade (LUCCHETTI ET AL, 2011; SAAD ET AL, 2001).

Através da espiritualidade um indivíduo poderia encontrar o sentido da vida, incluindo também a sensação de envolvimento e pertença. Já a religião tende a representar crenças e comportamentos, que também incluem a espiritualidade, que se relacionam com o sobrenatural ou sagrado, sendo baseados em uma comunidade religiosa, tradição ou dogmas. Entretanto, parece haver mais estudos abordando aspectos da religiosidade do que da espiritualidade (WILLIAMS STERNTHAL, 2007).

A espiritualidade contempla, além da crença em um sentido amplo para a vida, algo que envolve o amor, a reverência e a confiança. Ocorre então a aceitação dos próprios limites sem passividade perante os mesmos. O indivíduo adquire confiança cósmica e gratidão, podendo fornecer sustentação para o bem-estar emocional. Espiritualidade é uma forma de posicionamento no mundo e na vida, encarando-o como confiável (TEIXEIRA ET AL, 2004).

O surgimento de doenças na vida de uma pessoa geralmente causam algum impacto sobre a vida deste, em que diversos aspectos do cotidiano podem ser alterados, envolvendo aspectos fisiopatológicos e psicossociais (GUIMARÃES E AVEZUM, 2007). As crenças e práticas religiosas podem impedir ou promover a resolução da depressão, conforme vem relatando alguns estudos envolvendo saúde mental. É referido que tais crenças e comportamentos podem ajudar a normalizar as alterações fisiológicas provocadas pela depressão, principalmente a elevação do cortisol (BELLINGER ET AL, 2014).

O envolvimento religioso tem consistentemente sido associado a melhores práticas de saúde e com isso a melhores condições de saúde. Diversos estudos encontraram menor prevalência de fumo e mortalidade entre indivíduos que frequentam atividades religiosas. A prática da oração também tem demonstrado associação positiva para o autorrelato de melhores condições de saúde (FEINSTEIN ET AL, 2010).

A relação entre doença e espiritualidade tem sido associada com melhores respostas e sobrevida para pacientes com doenças cardiovasculares. Tem sido relatado menor índice de depressão e inclusive melhor resposta pós-cirúrgica destes (LUCCHETTI ET AL, 2011).

Os estudos relacionados a morbidade e mortalidade por fatores cardiovasculares também sugerem que a religiosidade está associada a menor risco, porém quando se estuda obesidade, as diversas análises apresentaram resultados diferentes, algumas sugerindo que não há associação entre obesidade e religiosidade e outras no entanto, que indivíduos religiosos, apresentam maior prevalência de obesidade (FEINSTEIN ET AL, 2010).

Observa-se que as crenças que envolvem a religiosidade podem caracterizar sentido aos eventos adversos da vida. E a certeza da “vida após a morte” também insere-se neste contexto evitando que o indivíduo manifeste quadros hipertensivos (BUCK ET AL, 2009).

Em diversos estudos relaciona-se a religiosidade e espiritualidade com desfechos como diminuição do cortisol e da mortalidade, incluindo menor reatividade dos níveis pressóricos em indivíduos religiosos, contribuindo para demonstrar influencias positivas da religiosidade/espiritualidade sobre as DCVs (LUCCHETTI ET AL, 2010).

2.2.3 Resiliência e saúde

Como resiliência entende-se os processos psíquicos e sociais que auxiliam o indivíduo para o desenvolvimento saudável mesmo vivenciando situações desfavoráveis, ou capacidade do indivíduo para manter ou recuperar sua saúde mental mesmo entre os desafios da vida (PESCE ET AL, 2005; NEILL E DIAS, 2001).

Compreende os processos sociais e intrapsíquicos que influenciam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio. Ela é o resultado de uma contribuição dos atributos pessoais e o ambiente familiar no qual está inserido. Desta forma, resiliência não é algo que nasce com o indivíduo e sim um processo contínuo e interativo entre ele e o meio em que vive. Também é entendida, para as ciências humanas, como a capacidade do indivíduo desenvolver-se de forma positiva frente às adversidades, abrangendo contextos sociais nos quais está inserido (NORONHA ET AL, 2009).

Para a psicologia, resiliência é a capacidade do indivíduo se recuperar de situações adversas ou de ser impactado por elas e voltar a ser como era antes deste fato. Analogamente ao conceito da física, no qual resiliência consiste na capacidade de absorção da energia do impacto sem se romper, voltando ao estado original (BRANDÃO ET AL, 2011).

Recentemente, a resiliência também foi definida como aproveitamento de recursos disponíveis como os biológicos e psicossociais para manutenção do bem estar. Pode ser considerada um processo no qual o indivíduo interage com o meio no qual está inserido, utilizando este como um dos alicerces da constituição da resiliência e aproveitando tais trocas para seu crescimento positivo e manutenção de sua saúde física e psíquica (BUTTRAM, 2016).

Há evidências de que a resiliência pode ser construída no decorrer da vida, não sendo determinada como um traço da personalidade do indivíduo. Sendo considerada um processo dinâmico, que pode variar de acordo com as circunstâncias, pode ser modificada ou aprimorada de acordo com as suas vivências (SORDI ET AL, 2011).

Desempenha um papel na manutenção da saúde mental após exposição a eventos adversos. Esta tem sido estudada sob análise do resultado resiliente, ou seja, ausência de perturbações mentais após a vivência de uma situação traumática ou analisando o processo resiliente que descreve uma adaptação rápida após vivência de um evento estressante. Também pode ser conceituada como capacidade de superação, e não eliminação do problema, mas sim, da forma de percebê-lo e vivenciá-lo. Adaptando-se, de forma a manter o sistema psíquico e físico realmente em funcionamento de forma saudável, tanto para o indivíduo quanto para as relações com o meio em que está inserido (SORDI ET AL, 2011; MEISTER ET AL, 2015).

Em estudo realizado com 997 adolescentes do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, avaliou-se a associação entre resiliência e exposição à violência (física ou psicológica) e desenvolvimento ou manutenção de resiliência associada a apoio social, auto-estima e sexo, constatando-se que a violência não teve associação entre resiliência e exposição à violência. Apoio social e auto-estima demonstraram associação com o desfecho e as meninas mostraram-se mais resilientes que os meninos (PESCE ET AL, 2004).

Estudo qualitativo realizado com homens negros americanos, com idades entre 20 e 52 anos, que avaliou os elementos da resiliência de homens negros americanos considerados vulneráveis, referiu que 57% destes associaram como fator fundamental da resiliência a espiritualidade ou religiosidade (BUTTRAM, 2016).

Resiliência é um aspecto amplo que pode envolver também religiosidade, espiritualidade e apoio social, parecendo estar inter-relacionados tais temas. Observa-se que um indivíduo pode se tornar resiliente mesmo não estando inserido em um ambiente resiliente. Isto torna esta temática ainda mais rica para estudos, pois conta com a interação com o meio mas mesmo assim, após eventos estressores, cada indivíduo parece ter uma resposta diferenciada conforme a resiliência que desenvolveu (NORONHA ET AL, 2009).

2.2.4 Qualidade de vida e saúde

De acordo com a OMS, qualidade de vida compreende a percepção que o indivíduo tem da vida, conforme o contexto e cultura em que vive e de seus objetivos, padrões e crenças. Há autores que referem que qualidade de vida é algo intrínseco, que não poderia ser medido a não ser pelo próprio sujeito por meios subjetivos, e, como tal, contempla as necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais. Além disso, tem a promoção da saúde do indivíduo como foco principal (MAKLUF, 2005).

Qualidade de vida compreende especificadamente o bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal, sendo uma percepção humana, que tem sido relacionada ao grau de satisfação familiar, amorosa, social e ambiental e a própria percepção de existência do indivíduo. Abrange diversos significados, que refletem experiências, crenças e valores individuais e coletivos, envolvendo eventos, histórias

e percepções diferenciadas. Ela é multifatorial, pois está interligada com bem-estar físico, mental e social (MINAYO ET AL, 2000; NELAS ET AL, 2016).

A qualidade de vida pode ser avaliada sob diversos pontos de vista, cada vez mais observamos que a qualidade de vida depende da cultura na qual o indivíduo está inserido e o que esta considera como referência para tal, como a auto-satisfação, o lazer, a alimentação, a realização de atividades diárias e o autocuidado. O que está interligado e resulta em um desfecho de saúde física e mental no indivíduo (MINAYO ET AL, 2000).

2.2.5 Estresse e saúde

O estresse pode ser entendido como a interação pessoa-ambiente, que envolve um estímulo potencialmente ameaçador e uma resposta biológica a este estressor (MCEWEN, 2006). Configura experiências desafiadoras fisiologicamente e emocionalmente, o denominado “bom estresse”, como aquele que trata de experiências de duração limitada, que ao final do evento o indivíduo sente-se mestre de si mesmo e pode ter sensação de realização e alegria. O “estresse ruim” refere-se a experiências nas quais o senso de controle e domínio sobre sua vida está faltando, sendo em muitas situações recorrente ou prolongado, desgastando emocionalmente e fisicamente o indivíduo (MCEWEN, 2006; FISCHER ET AL, 2014; LLOYD ET AL, 2005).

Quando surge a necessidade de adaptação após algum evento estressor, o organismo reage utilizando processos físicos, psicológicos e mentais. Entre os fatores que podem influenciar a suscetibilidade ao estresse estão a vulnerabilidade genética, a forma de enfrentamento, a personalidade do indivíduo e o apoio social que este recebe. A forma de o indivíduo reagir sobre situações estressoras, sejam elas de origem ambiental ou psicossocial, é o que determina a suscetibilidade ao estresse e em contrapartida às doenças que advém de um estado crônico de estresse (MOHD, 2008; ARAGÃO ET AL, 2015).

Quando o estresse é excessivo, pode auxiliar no desenvolvimento de doenças como hipertensão arterial, asma, úlcera péptica, síndrome do intestino irritável e queda da imunidade. Também pode desencadear ou reforçar comportamentos de risco para a saúde, como: beber álcool e fumar em excesso, alterar padrões alimentares (ingestão de alimentos em demasia ou ingestão de alimentos

gordurosos e ricos em sódio) (AMERICAN HEALTH ASSOCIATION, 2014; LLOYD ET AL, 2005).

2.2.6 Senso de coerência e saúde

Senso de coerência engloba a forma como o indivíduo vê o mundo e o ambiente no qual está inserido, pode influenciar positivamente na saúde do mesmo (Eriksson, M. e Lindström, B., 2007). Antonovsky tentou encontrar a solução para identificar por que algumas pessoas permanecem saudáveis diante de situações estressantes ou dificuldades severas na vida e outras não. Sua resposta a este questionamento veio através do senso de coerência (SOC), que refere-se à uma atitude que mensura como as pessoas vêem a vida envolvendo compreensibilidade, gerenciabilidade e significado às situações vivenciadas (Eriksson, M. e Lindström, B., 2007).

O SOC está relacionado com o sentido emocional de ver a vida estruturada e manejável. Ele trata-se de uma forma individual de pensar, sentir e agir perante as situações da vida e relaciona-se com a autoconfiança que leva os indivíduos a beneficiarem-se e utilizarem-se dos recursos que dispõe (LACERDA ET AL,2012).

Elevados valores na escala de senso de coerência têm sido relacionados a menos sintomas depressivos e de ansiedade, e em indivíduos com doenças cardíacas há relatos de maior apoio social, melhor bem estar, com conseqüente melhor qualidade de vida (TORRATI ET AL, 2010).

A seguir são discutidos os mecanismos de ação nos aspectos psicossociais.

2.3 Mecanismos de ação dos aspectos psicossociais

Os aspectos psicossociais apresentam mecanismos de ação que notoriamente estão interligados. O apoio social pode provocar benefícios físicos e psicológicos, ajustando melhor o indivíduo às situações estressantes, auxiliando para o bem-estar, diminuindo o efeito que os eventos adversos provocam. A redução do estresse auxiliaria os indivíduos na recuperação mais rápida de doenças,

diminuindo o risco de mortalidade e aumentando sua qualidade de vida (NORONHA ET AL, 2009).

O mecanismo de ação do apoio social na saúde ainda está sendo estudado, porém há possibilidade de que aja bloqueando as respostas do organismo em forma de doenças após grandes perdas por exemplo. Outra hipótese é de que seus efeitos benéficos seriam provocados pela sensação de controle sobre a própria vida, aumentando inclusive a sobrevivência após diagnósticos de doenças como acidente vascular cerebral, câncer e doença coronariana (CHOR ET AL, 2001).

Quando o indivíduo passa a controlar suas emoções, quando sente o apoio e carinho, quando tem alguém para contar seus problemas, percebe-se que consegue enfrentar melhor as situações estressantes, seu organismo pode melhorar seu funcionamento e em muitos casos é percebida uma sensação de paz que melhora a saúde emocional (PIETRUKOWICZ, 2001).

O apoio social produz no indivíduo um efeito psicobiológico que é capaz de auxiliar no bloqueio de estímulos desfavoráveis, com isso auxiliando no controle de gatilhos hipotálamo-hipófise que produziriam ativação deste denominado eixo adrenal de resposta ao estresse que, a longo prazo, produz efeitos desfavoráveis sobre a saúde do indivíduo (SIEGRIST E MARMOT, 2004).

As relações sociais atuam também contribuindo para a adesão às práticas que proporcionam ao indivíduo melhor qualidade de vida como alimentação saudável e prática de atividades físicas. Elas também contribuem para dar sentido à vida, já que neste contexto há percepção de pertencimento (ANDRADE E VAITSMAN, 2002).

A sensação de desprezo e isolamento social pode afetar diretamente o processo de saúde e doença do indivíduo, porém com o apoio social, as respostas a estes estressores podem ser diferenciadas. Efeitos negativos em relação à saúde e bem-estar são esperados de indivíduos confinados à ambientes psicossociais desfavoráveis. Considera-se que um ambiente psicossocial propício à auto-estima capacita o indivíduo a conectar-se com ele próprio ou com outras pessoas que lhe proporcionarão apoio. Se um ambiente psicossocial impede a pessoa de experiências de pertença e aprovação, sentimentos como decepção e frustração são recorrentes e podem desenvolver um ambiente estressante, pois o indivíduo desenvolve a sensação de estar excluído ou de não chegar à lugar algum, apesar dos esforços empregados (PIETRUKOWICZ, 2001; SIEGRIST E MARMOT, 2004).

O apoio social pode influenciar na auto-gestão da doença crônica, pois a mudança de comportamentos e adesão ao tratamento podem ser motivados pelo apoio social recebido. Este pode ser através de ajuda na administração de medicamentos, preparo dos alimentos, estímulo verbal, conselhos, companhia na realização de exercícios ou fornecimento de um ambiente que propicie a auto-gestão. Este pode agir também através de mecanismos psicológicos, nos quais o indivíduo tem a sensação de pertencimento a uma rede de apoio social e isto propicia com que se motive para o enfrentamento da doença. Como exemplo, temos o envolvimento comunitário do indivíduo, que pode ser um fator psicossocial significativo, pois pode aumentar a auto-confiança e melhorar a satisfação com a vida, beneficiando o sistema imunitário do indivíduo e com isso melhorando sua saúde (GALLANT, 2003; VALLA, 1999).

As relações sociais podem contribuir para o bem estar do indivíduo, diminuindo os efeitos do estresse. Tais estressores podem ser individuais ou coletivos, atuando agudamente ou causando cronicidade. Porém, tais estressores podem ser moderados perante redes de apoio social, que atuam como suporte em momentos de crise (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Nos estudos sobre a relação entre espiritualidade e sua influência no processo saúde e doença, os profissionais da saúde cada vez mais possuem indícios sobre a implicação desta nas abordagens terapêuticas. Por um lado, com maior frequência os profissionais da saúde têm observado os benefícios da espiritualidade, religiosidade e preces na melhora da saúde física e mental e superação de momentos estresse da vida. Por outro, há carência em estudos que abordem somente aspectos da espiritualidade, sem abordar também aspectos religiosos (PANZINI ET AL, 2007).

Embora haja também alguns resultados conflitantes como, por exemplo, na relação entre religiosidade e hipertensão arterial, estudos demonstram que ser religioso diminui a prevalência de hipertensão arterial, enquanto em outros parece haver influência em ser religioso e apresentar níveis pressóricos elevados (BUCK ET AL, 2009).

A espiritualidade pode dar sentido aos eventos adversos da vida, transmitindo positividade e com isso melhorando a qualidade de vida e saúde física e mental do indivíduo (SAAD ET AL, 2001).

Em se tratando da resiliência, esta aumenta a adaptação individual incluindo a elevação da crença positiva em si mesmo e em sua capacidade de superar situações controversas e aceitação de si mesmo e da vida. Pode ser considerada como estratégia ou habilidade para o enfrentamento dos eventos adversos da vida, superando-os, adaptando-se e recuperando-se, podendo inclusive ser transformado positivamente por eles, mantendo uma vida mais ativa e participativa (NORONHA ET AL, 2009; PESCE ET AL, 2004; FISCHER ET AL, 2014).

Muitas situações sociais podem afetar a capacidade de resiliência dos indivíduos e famílias, podendo ser consideradas fatores de risco para tal. Condições de pobreza, sofrer violência de algum tipo, vivenciar doenças crônicas ou agudas pessoais ou de algum familiar, perdas de emprego ou óbito de familiares estão inseridos nestes fatores (NORONHA ET AL, 2009).

Estudos sobre resiliência podem ser explorados agregando outros mecanismos de risco ou proteção. Exemplificando, a religiosidade e a fé sendo caracterizadas como fator de proteção, também envolverão outros fatores como aumento dos apoios informais e redução de padrões de enfrentamento funcionais (como utilização de álcool para alívio do estresse). Pesquisas sobre resiliência devem abordar aspectos multidisciplinares, envolvendo considerações psicológicas, sociais, biológicas e genéticas (LUTHAR ET AL, 2000).

Evidencia-se que o estresse e as emoções negativas têm efeitos sobre os sistemas fisiológicos do organismo que são imprescindíveis para manutenção da saúde física e cura. Este pode aumentar a predisposição para muitas doenças ou até mesmo encurtar o tempo de vida. Já o apoio social tem demonstrado proteção contra doenças e aumento da longevidade. Portanto, ao reduzir-se o estresse e emoções negativas, aumentando também o apoio social, o sujeito deve ser afetado positivamente em relação aos comportamentos saudáveis e melhor resposta no tratamento de inúmeras doenças (KOENIG, 2012).

Ansiedade e depressões podem diretamente determinar quadros psicopatológicos e comportamentos de risco e ao nível biológico levar o indivíduo a desenvolver imunodepressão. Através de diferentes níveis de vulnerabilidade, estressores podem determinar de forma indireta quadros de DCNT, incluindo patologias cardiovasculares como hipertensão arterial sistêmica, acidentes vasculares e infarto agudo do miocárdio e doenças infectocontagiosas devido a queda da imunidade (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Uma característica de resposta ao estresse é a ativação do sistema nervoso autônomo ou eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, em que a resposta de “luta ou fuga” é a maneira clássica de visualizar a resposta comportamental e fisiológica a ameaça de uma situação perigosa, seja o que for. O organismo precisa da resposta hormonal para sobreviver (MCEWEN,2006).

Um estudo longitudinal realizado em um condado da Califórnia (EUA) que envolveu 718 indivíduos, avaliou o autorrelato de saúde de pessoas que recebiam auxílio público em 2001. Através de entrevistas, estes foram acompanhados durante 5 anos, avaliando-se então o impacto do apoio social relacionado com o estresse vivenciado cotidianamente pelos mesmos em sua condição de pobreza. Ao final constatou-se que o apoio social recebido moderou os efeitos dos eventos estressantes da vida sobre a saúde (MOSKOWITZ ET AL, 2012).

Em abrangente revisão realizada foi demonstrado que doença cardíaca coronariana tem fortes ligações com estressores psicossociais. Dos estudos de melhor qualidade metodológica, 69 % referiram associação entre religiosidade e espiritualidade e resultados positivos após cirurgia cardíaca. No que se refere à hipertensão arterial, 62% destes demonstraram pressão sanguínea menor nos indivíduos com maior religiosidade ou espiritualidade (KOENIG, 2012).

Processos de origem social, podem atuar como estressores não específicos aumentando a suscetibilidade de certos organismos diante de um estímulo nocivo, sendo mediado pelo sistema neuroendócrino, assim determinando a constituição de uma doença, podendo atuar no desenvolvimento de uma doença crônica ou aguda.

As doenças ou quadros clínicos provenientes de tal manifestação não contemplam um tipo específico de estressor social, mas ao agente ou condição genética a qual o indivíduo estava exposto. Os estressores podem provir do ambiente, sendo de base coletiva ou de origem individual. Os estressores individuais, como por exemplo, eventos da vida, podem atuar de modo agudo ou desencadeando estresse crônico. Os estressores coletivos ou de origem social, também podem auxiliar no desenvolvimento de eventos agudos ou crônicos, como os provenientes de desigualdades sociais (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Há indicativos de que a quebra da homeostasia do metabolismo oxidativo celular pode estar associado ao aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis. Do total de oxigênio utilizado pelos organismos vivos, 5% não é utilizado pelas mitocôndrias a fim de produzir energia, este excedente possui

tendência a perder dois elétrons de sua última camada, produzindo radicais superóxidos ou também formando moléculas denominadas espécies reativas de oxigênio. Por serem moléculas altamente reativas, o organismo controla a sua degradação através de sistemas enzimáticos, atuando nos radicais superóxidos degradando-os em água, através de antioxidantes presentes na dieta do indivíduo, que atuam sobre as moléculas reativas de oxigênio (GOTTLIEB ET AL, 2011).

Através do estresse oxidativo há danos às macromoléculas e à membrana celular, ocasionando disfunção das mitocôndrias e endotélio, processo inflamatório aumentado, podendo levar ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (GOTTLIEB ET AL, 2011).

Em revisão realizada na Austrália, evidenciou-se que estressores psicossociais, tais como, perda de emprego, viuvez, isolamento social, catástrofes e condições de trabalho estressantes podem levar o indivíduo a desenvolver doenças cardíacas coronarianas. Entre estes a falta de apoio social foi considerado como fator de risco importante, pois além de aumentar o risco de desenvolvimento da doença, também evidenciou maior taxa de óbito nestes indivíduos (GLOZIER ET AL, 2013).

A qualidade de vida se interrelaciona com os demais aspectos psicossociais e também diz respeito a aspectos como estilo de vida, acesso a serviços de saúde e avanços da medicina, exposição ao estresse (seja este no trabalho, através da violência urbana e doméstica, problemas financeiros), acesso à alimentação e água potável, moradia, conforto, realização pessoal. Está presente na prevenção e promoção da saúde, tendo relação com a saúde da população. Esta também está ligada com valores não materiais como amor, liberdade, inserção na sociedade, sentimento de pertencimento, solidariedade, sentido de vida e empoderamento sobre suas próprias escolhas e atividades diárias. A carência seja de aspectos materiais ou não e demasiada exposição ao estresse afetam a qualidade de vida individual e coletiva (MINAYO ET AL, 2000).

O modo ou estilo de vida também pode ser considerado fator desencadeante para DCNT como por exemplo as DCVs. As ações diárias do indivíduo como: fumar, ingerir bebidas alcoólicas, praticar ou não atividades físicas entre outros, apresentam representações simbólicas na vida deste. O estilo de vida contempla as atividades e atitudes diárias que podem construir configurações de risco levando ao desenvolvimento de enfermidades (ALMEIDA-FILHO, 2004).

O SOC apresenta mecanismo de ação, ainda em estudo, mas que demonstra também interligar-se com os demais aspectos psicossociais, agindo de forma semelhante a estes. Nos quais fatores psicológicos podem influenciar os comportamentos, se positivamente, promovendo a saúde dos indivíduos (COUTINHO E HEIMER, 2014).

3 JUSTIFICATIVA

No decorrer das últimas décadas ocorreu mundialmente, diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida, elevando os níveis etários da população. Com isso, ocorreu uma transição epidemiológica de morbimortalidade, de doenças infectocontagiosas para maior incidência e prevalência de indivíduos com DCNT, que constituem um grupo de doenças que compreendem majoritariamente DCVs, Diabetes Mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas (ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R., 2004; MALTA, D. C. ET AL, 2006).

As DCVs impactam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos e afastamento das atividades laborais, interferindo financeiramente nos poderes públicos e instituições privadas, ocasionando em algumas circunstâncias aposentadorias precoces (ACHUTTI E AZAMBUJA, 2004; CDC 2015).

Estudos sugerem a relação dos aspectos psicossociais com o desenvolvimento ou agravamento das DCVs. No âmbito da saúde coletiva, isso pode favorecer a implementação de estratégias efetivas de promoção de saúde com relação às DCVs. Portanto, faz-se necessário conhecer toda a amplitude de fatores associados as DCVs e a inter-relação existente entre eles.

O projeto justifica-se devido à relevância epidemiológica do tema em questão e o alto custo gerado pelo tratamento das DCVs, que vem sendo consideradas a principal causa de morte mundial (OMS, 2015).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a influência de aspectos psicossociais no autorrelato de doenças cardiovasculares.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Estimar as prevalências do autorrelato de: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e doenças cardiovasculares;
- b) Descrever as características sócio-demográficas, psicossociais e comportamentais da amostra;
- c) Avaliar a associação entre: apoio social, resiliência, qualidade de vida, senso de coerência com autorrelato de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e doenças cardiovasculares.

5 HIPÓTESE

Pessoas com aspectos psicossociais desfavoráveis relatarão maior prevalência de doenças cardiovasculares.

6 MÉTODO

6.1 Identificação do projeto

Esta investigação faz parte de um estudo realizado na cidade de São Leopoldo, intitulado “Um estudo exploratório de capital social em São Leopoldo (RS)”, iniciado em 2005 e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Proc. 478503/2004-0), Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) (Proc. 0415621).

6.2 Desenho do estudo

Este é um estudo transversal de base populacional. Os dados individuais foram coletados através de entrevistas com adultos de diferentes bairros de São Leopoldo, RS.

6.3 Organização geográfica e população do estudo

A população de estudo foi composta pelos responsáveis de domicílios da área urbana da cidade de São Leopoldo (RS). A cidade de São Leopoldo fica situada na Região do Vale do Rio dos Sinos, no Estado do Rio Grande do Sul. No último censo demográfico, em 2010, possuía uma população igual a 214.210 habitantes, sendo 109.891 mulheres (51,3%) e 104.319 (48,7%) homens. O município conta, na sua estrutura de serviços públicos de saúde, com um hospital geral (Hospital Centenário) e 28 unidades básicas de saúde.

6.4 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto de agosto a novembro de 2005, ocasião em que foram realizadas entrevistas com 97 adultos em 10 setores censitários da cidade. Este estudo visava avaliar a qualidade dos instrumentos, apreciar os métodos e a logística da pesquisa e obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral e coleta de dados principal.

6.5 Plano amostral

6.5.1 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado com base nos dados do estudo piloto utilizando-se o método para proporções com aleatorização de conglomerados e do desfecho autopercepção em saúde. Foi estimado ser necessária uma amostra de 1260 domicílios em 36 setores. Este tamanho foi calculado para obter 85% de poder ($1-\beta=0.85$) para detectar uma diferença de 7% na prevalência de autopercepção de saúde ruim entre áreas com alto e baixo capital social com um nível de confiança de 95%. Foram utilizados para este cálculo: prevalências de saúde referida ruim de

13,3% (baixo capital social) e 4,9% (alto capital social); coeficiente de correlação intra-classe igual a 0,05 e um número de 35 domicílios por setor. O tamanho da amostra foi aumentado em 20% no número de domicílios devido a possíveis perdas e para controlar fatores de confusão na análise dos dados, e em cerca de 10% no número de setores devido a possíveis perdas, sendo necessário um total de 1512 domicílios em 40 setores censitários. O presente estudo utilizou os dados de 1100 participantes em 37 setores censitários.

6.5.2 Seleção da amostra

O procedimento amostral previu o sorteio aleatório de 40 setores censitários dentre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo. Em cada conglomerado (setor censitário) foi sorteado o quarteirão para iniciar a pesquisa e todos domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 em cada conglomerado. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão do setor, seguindo sorteio prévio. Caso houvesse mais domicílios do que o necessário naquele quarteirão era sorteada aleatoriamente a esquina a partir da qual o domicílio era identificado para o início a coleta de dados e o início se dava pela esquerda de quem estava de costas para a casa inicial e mantendo-se o sentido anti-horário, o domicílio seguinte era visitado, e o próximo entrava na seleção.

6.5.3 Coleta dos dados

Os dados foram coletados através de questionário com questões de múltipla escolha conforme Anexo I.

6.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Para a condução dos trabalhos de campo foram selecionados alunos da Graduação e Pós-Graduação da UNISINOS para atuarem como entrevistadores e monitores. Todos os pesquisadores receberam treinamento sobre os instrumentos que foram aplicados bem como sobre os procedimentos logísticos dos trabalhos de campo e técnicas de entrevista.

6.7 Logística

1. A logística dos trabalhos de campo envolverão uma série de etapas descritas a seguir:
2. Seleção aleatória dos setores censitários;
3. Seleção aleatória dos quarteirões;
4. Definição dos instrumentos;
5. Treinamento, capacitação e padronização da equipe responsável pela coleta de dados;
6. Estudo piloto com adultos não selecionados;
7. Coleta de dados principal através de visitas domiciliares;
8. Retorno até três vezes nos domicílios cujos responsáveis não se encontrarem ou recusarem participar.
9. Codificação e revisão diária dos questionários;
10. Dupla entrada dos dados;
11. Limpeza e análise dos dados

6.8 Controle de qualidade

Foi realizado um controle de qualidade pelo pesquisador principal, por telefone, em uma amostra aleatória de 10% das pessoas participantes no estudo. O instrumento do controle era semelhante ao do estudo, incluindo variáveis que não sofriam alteração em curto espaço de tempo.

6.9 Desfechos

6.9.1 Desfechos

Os desfechos dislipidemia, hipertensão e DCV foram coletados através de questões com as opções sim, não e ignorado. As questões referiam se algum médico já falou ao indivíduo que ele apresentava: pressão alta, doenças do coração

e colesterol elevado. Também foi questionado ao indivíduo se já teve derrame ou infarto, tendo como resposta sim, não e ignorado.

6.10 Exposições

6.10.1 Variáveis Psicossociais

As exposições principais foram as variáveis psicossociais como o apoio social, resiliência, qualidade de vida, espiritualidade, estresse, senso de coerência.

Apoio social: coletada através da escala de apoio social utilizada no *Medical Outcomes Study* (MOS) (HERBOURNE e STEWART, 1991). Esta escala é composta por 19 perguntas. Para todas elas, cinco opções de resposta foram apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”). Na análise somam-se todas, tendo como valor mínimo possível zero e valor máximo 76. Posteriormente será separada em quartis, definindo valores baixos e altos.

Qualidade de Vida: foi coletada utilizando-se o instrumento EUROHIS-QOL 8-item index (FLECK ET AL, 2000). Este questionário é composto por 7 perguntas. Todas elas têm 5 opções de respostas: 1 (“muito insatisfeito”); 2 (“insatisfeito”); 3 (“nem satisfeito nem insatisfeito”); 4 (“Satisfeito”); e 5 (“muito satisfeito”). Na análise somam-se todas. Posteriormente será separada em quartis, definindo valores altos e baixos.

Resiliência: A escala de resiliência era composta por 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e os escores da escala oscilavam de 25 a 175 pontos. Os itens foram somados e os valores elevados representaram elevada resiliência.

Espiritualidade: A variável espiritualidade foi avaliada com a escala Spiritual Involment and Beliefs Scale e foi projetada para ser amplamente aplicável através de tradições religiosas para avaliar as ações, bem como as crenças. O instrumento é um questionário contendo 26 itens em um formato tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) com escores que indicam que quanto maior a pontuação alcançada, maior a espiritualidade do indivíduo.

Estresse: A variável estresse foi avaliada através de uma escala de faces com um único item. Tal escala é composta de sete faces estilizadas retratadas por círculos, olhos que não mudam e a boca que varia de um sorriso a uma carranca

demonstrando os diversos graus de estresse. Era perguntado aos entrevistados se alguma das faces expressava o seu nível de estresse nos últimos três meses. As primeiras três faces alegres foram consideradas com nível de estresse normal, as últimas três faces tristes consideradas como nível alto de estresse enquanto que a intermediária foi considerada como nível intermediário. Os autores originais testaram a validade de constructo dessa escala usando seis itens em 22 adultos e reportaram uma correlação mediana de 0,82 para essa escala (ANDREWS e WITHEY, 1976).

Senso de coerência: A avaliação do senso de coerência foi realizada por meio de um instrumento denominado questionário de senso de coerência de Antonovsky (QSCA) composto por 29 perguntas. Para o presente estudo será utilizada a versão curta composta por 13 itens também formulados por Antonovsky. No Brasil a versão curta foi validada por Bonanato et al.,¹ onde o objetivo foi apresentar uma adaptação transcultural e confiabilidade da escala para a língua portuguesa em uma amostra de mães de crianças pré-escolares. A confiabilidade foi verificada através de consistência interna, teste-reteste e os resultados mostraram-se consistentes e confiáveis para a amostra de mães de crianças pré-escolares. As perguntas serão respondidas em uma escala de sete pontos tipo Likert na qual o número 1 corresponde ao extremo negativo e o número sete ao extremo positivo. Os itens serão somados criando um escore onde valores elevados representam elevado senso de coerência.

6.11 Fatores de confundimento

6.11.1 Variáveis socioeconômicas

Renda familiar: a renda foi coletada como uma variável contínua para todas as pessoas residentes no domicílio. Também foram considerados outros tipos de renda como pensões e aluguéis. Na análise será utilizada como a renda familiar em salários mínimos e posteriormente categorizada em quartis.

Escolaridade: foi coletada em anos completos de estudo do entrevistado. Será analisada em quartis ou nas categorias propostas pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP).

6.11.2 Variáveis demográficas

Idade: foi coletada em anos completos. Para análise será categorizada em grupos de 10 anos.

Sexo: masculino e feminino.

Raça (cor da pele): foi avaliada através da cor da pele observada pelo entrevistador. Na análise será categorizada em branca e não branca.

Estado civil: coletada como uma variável politômica nominal em seis categorias (solteiro, casado, em união, divorciado ou separado, viúvo, ou outra situação). Na análise serão categorizadas em casado/união, solteiro ou outra situação.

6.11.3 Variáveis comportamentais

Atividade física: o nível de atividade física dos participantes foi avaliado mediante a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-8). Ele contém questões sobre a duração e a intensidade de atividade física do indivíduo durante uma semana "habitual", tanto em atividades ocupacionais quanto de locomoção, lazer ou prática esportiva. Para avaliar o nível de atividade física dos participantes, foi utilizado como ponto de corte a recomendação da SEC (Sociedade Europeia de Cardiologia) que é de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada e vigorosa. Será considerado sedentário quem fizer menos de 150 minutos de atividade por semana (MANCIA ET AL, 2013).

Consumo de álcool: o consumo de álcool foi obtido a partir de informações referentes ao tipo, frequência e quantidade de bebidas alcoólicas consumidas que serão transformadas em gramas/dia. Será considerado excessivo o consumo diário $\geq 15g$ para homens e $\geq 8g$ para mulheres.

Hábito de fumar: foi utilizada a pergunta "Você já fumou ou ainda fuma?" e coletada em 3 categorias (Nunca fumou/Ex-fumante/Fumante atual).

Os instrumentos e itens para avaliar os desfechos, exposições e fatores de confundimento encontram-se no Anexo I.

6.12 Análise dos dados

A entrada de dados será realizada com dupla entrada, no Programa Epiinfo, de modo a possibilitar a posterior comparação do banco de dados evitando-se assim possíveis erros de digitação.

As associações dos desfechos hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e doenças cardiovasculares com as variáveis independentes serão testadas através do teste do qui-quadrado de Pearson e de associação linear. A análise dos dados será conduzida utilizando-se dos programas Stata 12.1 e SPSS 11.0. Será utilizada a regressão de Poisson para fornecer uma estimativa das razões de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%).

Serão levadas para a análise multivariável apenas os possíveis fatores de confusão. Para ser considerada como fator de confusão, a variável deverá estar associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de significância de 20% ($p=0,20$). A análise multivariável será realizada controlando o efeito de cada características demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

Uma possibilidade de análise será a adoção de um modelo teórico (figura) e uso de modelos de equações estruturais para tentar entender os possíveis mediadores/moderadores da associação entre aspectos psicossociais e DCVs.

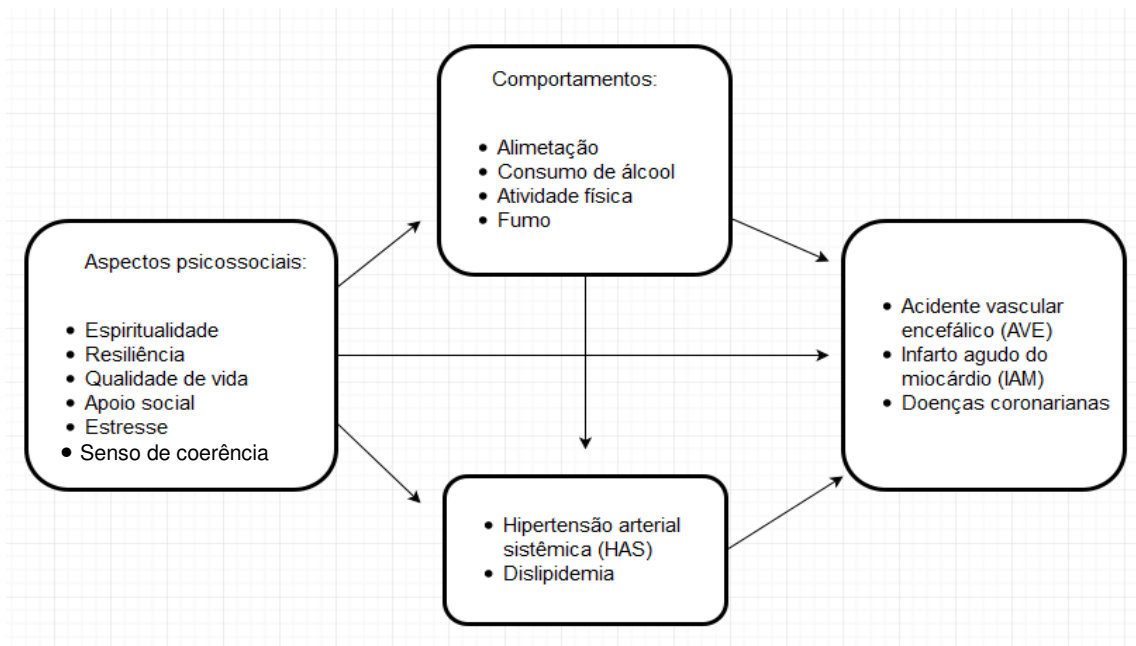


Figura: Modelo teórico da influência dos aspectos psicossociais nas doenças cardiovasculares.

OBS: Controlado para fatores socioeconômicos e demográficos.

6.13 Aspectos éticos

Foi requerido o consentimento livre e esclarecido dos participantes aos quais era garantido o total sigilo dos dados. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNISINOS: Resolução 01/2005 - CEP 04/034 (Anexo II).

Abaixo estão relacionados os itens de capital e custeio necessários à execução do projeto (de responsabilidade do autor do projeto).

Item	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
Folhas A4 (pacote com 500 folhas)	5	16,00	80,00
Canetas	3	2,00	6,00
Lápis	4	2,00	8,00
Borracha	3	2,00	6,00
Deslocamentos	50	5,00	250,00
Xerox	500	0,15	75,00
Tonner para impressora	2	90,00	180,00
Pendrive	2	70,00	120,00
Encadernação	6	3,00	18,00
Total			743,00

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4):833-840, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4):865-884, 2004.
- AMERICAN HEALTH ASSOCIATION. **Stress and Heart Health.** Disponível em: <http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/StressManagement/HowDoesStressAffectYou/Stress-and-HeartHealth_UCM_437370_Article.jsp#.VtPLmyuj8vE>. Acesso em: 28/02/2016.
- ANDREWS, F.M.; WITHEY, S.B. **Social Indicators of Well-Being. Americans' Perceptions of Life Quality.** New York: Plenum; 1976.
- ANDRADE, G.R.B. E VAITSMAN, J.; **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4):925-934, 2002.
- ARAGÃO, M.S. ET AL. **Ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica.** *Revista de Pesquisa em Saúde; Universidade Federal do Maranhão*, 16(2): 85-89, mai-ago, 2015.
- BELLINGER, D. L. **Religious Involvement, Inflammatory Markers and Stress Hormones in Major Depression and Chronic Medical Illness.** *Open Journal of Psychiatry*, 4, 335-352, 2014.
- BERKMAN, L.F. E KAWACHI, I. **Social Epidemiology.** Oxford University, 2000.
- BLOCH, K .V. ET AL. **Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira.** *Revista Brasileira de Hipertensão* vol.13(2): 134-143, 2006.
- BRANDÃO, J. M. ET AL. **A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens.** *Paidéia*, mai-ago. Vol.21, n. 49, 263-271, 2011.
- BONANATO, KARINA et al. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the "sense of coherence scale" in mothers of preschool children **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 43, p. 144-153, 2009.
- BUCK, A. ET AL. **An Examination of the Relationship between Multiple Dimensions of Religiosity, Blood Pressure, and Hypertension.** *National Institute of Health. Social Science e Medicine*, 68(2): 314–322, jan 2009.
- BUTTRAM, M.E. **The Social Environmental Elements of Resilience among Vulnerable African American/Black Men Who Have Sex with Men.** *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, fev 2016.

CANESQUI, A. M.; BERSAGLINI, R. A. **Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(5):1103-1114, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Heart DiseaseFacts.**Disponível em: <<http://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>>. Acesso em: 10/05/2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **High bloodpressurefacts.**Disponível em: <<http://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>> Acesso em: 10/05/2015.

CHOR, D. ET AL. **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, jul-ago, 2001.

COUTINHO, V.M. e HEIMER, M.V. **Senso de coerência e adolescência:uma revisão integrativa de literatura.** *Ciência e SaúdeColetiva*, 19(3):819-827, 2014.

EGAN, M. ET AL. **Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review.***BMC Public Health*, 8:239, 2008.

ERIKSSON, M; LINDSTROM, B.**Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review.** *Journal Epidemiology e Community Health*;59:460–466, 2005.

ERIKSSON, M; LINDSTROM, B.**Antonovsky's sense of coherence scale and its relation withquality of life: a systematic review.** *Journal Epidemiology Community Health*;61:938–944, 2007.

FEINSTEIN, M. ET AL. **Burden of Cardiovascular Risk Factors, Subclinical Atherosclerosis, and Incident Cardiovascular Events Across Dimensions of Religiosity: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA).** *National Institute of Health (NIH)*; 9; 121(5): 659–666, fev 2010.

FERNANDES, R. A. ET AL. **Prevalência de Dislipidemia em Indivíduos Fisicamente Ativos durante a Infância, Adolescência e Idade Adulta.***Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; 97(4):317-323, 2011.

FISCHER, S. ET AL. **Stress and Resilience in Functional Somatic Syndromes – A Structural Equation Modeling Approach.***Plos One*, Volume 9; Issue 11, nov 2014.

FLECK, M. P. A. **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.** *Revista de Saúde Pública*;37(4):446-55, 2003.

FLECK, M. P. A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1):33-38, 2000.

FLECK, M.P.A. ET AL. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”**.Revista de Saúde Pública; 34(2):178-83, 2000.

GALLANT, M. P. **The Influence of Social Support on Chronic Illness Self Management: A Review and Directions for Research**.Health Education e Behavior, Vol. 30 (2): 170-195, abr 2003.

GIGANTE, D. P. ET AL.**Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006**.Revista de Saúde Pública; 43(Supl 2):83-9; 2009.

GLOBAL STATUS REPORT ON NONCOMMUNICABLE DISEASES, World Health Organization, 2014.

GLOZIER, N. ET AL.**Psychosocial risk factors for coronary heart disease**.A consensus statement from the National Heart Foundation of Australia.MJA 199 (3) · 5, ago 2013.

GONÇALVES, T. R. **Apoio social e saúde: contribuições das ciências sociais e humanas às intervenções em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 17(5):1115-1124, 2012.

GONÇALVES, T. R. ET AL. **Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos**. Ciência e Saúde Coletiva, 16(3):1755-1769, 2011.

GOTTLIEB, M.G.V. ET AL. **Transição epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva**.Scientia Medica (Porto Alegre); volume 21, número 2, p. 69-80, 2011.

GRIEP, R. H. ET AL. **Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):625-634, mar-abr, 2003.

GRIEP, R. H. ET AL. **Confiabilidade teste-reteste de aspectos darede social no Estudo Pró-Saúde**. Revista de Saúde Pública;37(3):379-85, 2003.

GRIEP, R. H. ET AL.**Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical OutcomesStudy* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde**.Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):703-714, mai-jun, 2005.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. **O impacto da espiritualidade na saúde física**.Revista de Psiquiatria Clínica, 34, supl 1; 88-94, 2007.

HEMINGWAY H, MARMOT M. **Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies**. 1999.

HERBOURNE, C. D. STEWART, A.L. **The MOS Social Support Survey.** Social Science e Medicine . 32, No. 6, pp. 705-714, Printed in Great Britain, 1991.

HOUSMAN, J.; DORMAN, S. **The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review.** American Journal of Health Education. Volume 36, n. 5, set/out 2005.

ISHITANI, L. H. ET AL. **Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil.** Revista de Saúde Pública; 40(4):684-91, 2006.

KOENIG, H. G. **Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications.** International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry Volume, Article ID 278730, 33 pages, 2012.

LACERDA, V. R. ET AL. **Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal.** Estudos de Psicologia, Campinas, 29(2),203-208, abr – jun 2012.

LLOYD, C. ET AL; **Stress and Diabetes: A Review of the Links Diabetes Spectrum,**vol. 18, n. 2, 2005.

LOETZ, C. ET AL. **Attachment Theory and Spirituality: Two Threads Converging in Palliative Care?** Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Article ID 740291, set 2013.

LOPES, A. C. ET AL. **Diagnóstico e tratamento.** Barueri: Manole, vol. 01, 1023p., 2006.

LUCCHETTI, G ET AL. **Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica.** Revista Brasileira de Hipertensão, vol.17(3):186-188, 2010.

LUCCHETTI, G ET AL. **Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares.** Revista Brasileira de Cardiologia; 24(1):55-57 jan-fev 2011.

LUTHAR, S. ET AL. **The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work.** Child Development, , Volume 71, Number 3, Pages 543–562, mai-jun 2000.

MACLEOD J, DAVEY SMITH G. **Depression as risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery.** Lancet. 2003;362(9394):1500-1; author reply 1-2.

MAKLUF, A. S.D. ET AL. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, 52(1): 49-58, 2006.

MALTA, D.C. ET AL. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde.** Epidemiologia Serviços de Saúde v.15 n.3 Brasília, set 2006.

MANCIA, G. ET AL. **European Society of Cardiology: Guidelines for the management of arterial hypertension.** European Heart Journal 34, 2159–2219, 2013.

MARTELETO, R. M.; OLIVEIRA E SILVA, A. B. **Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local.** Ciência da Informação, Brasília, vol. 33, n. 3, p.41-49, set-dez 2004.

MARTIKAINEM, P. ET AL. **Psychosocialdeterminantsofhealth in social epidemiology.**InternationalJournalofEpidemiology; 31: 1091-1093, 2002.

MCEWEN, B.S. **Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain.**Physiological Reviews 87: 873–904, 2007.

MCINTOSH,D.N. ET AL. **Religion’s role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child.** Journal of Personality and Social Psychology, vol. 65, n. 4, 812-821, 1993.

MEISTER, R. E. ET AL. **Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction.** Open Heart;2:e000261. doi:10.1136/openhrt-2015-000261, 2015.

MINAYO, M.C.S. ET AL. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência e Saúde Coletiva, 5(1):7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica n. 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças Crônicas não transmissíveis, 2014. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>.Acesso em 06/03/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Brasil. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>> Acesso em: 10/05/2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para a Saúde: prevalência de hipertensão arterial. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br>>.Acesso em: 10/05/2015.

MOHD, R. S. **Life Event, Stress and Illness.** Malaysian Journal of Medical Sciences, vol. 15, n. 4, (9-18), out 2008.

MOSKOWITZ, D. ET AL. **Reconsidering the Effects of Poverty and Social Support on Health: A 5-Year Longitudinal Test of the Stress-Buffering**

Hypothesis. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 90, No. 1. The New York Academy of Medicine, 2012.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). Cardiovascular disease, 2015. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/conditions/CardiovascularDisease/Pages/Introduction.aspx>> Acesso em 06/03/2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Hypertension Clinical management of primary hypertension in adults. p.38. United Kingdom, 2011.

NEILL, J. T. **Adventure Education and Resilience: The Double-Edged Sword.** Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 1(2), 35-42, 2001.

NELAS, P. ET AL. **Vulnerability to stress and quality of life of women with urinary Incontinence.** Procedia - Social and Behavioral Sciences 217, 1118 – 1123, 2016.

NORONHA, M.G.R.C.S. ET AL. **Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?** Ciência e Saúde Coletiva, 14(2):497-506, 2009.

PANZINI, R ET AL. **Qualidade de vida e espiritualidade.** Revista de Psiquiatria Clínica, n 34, supl1; 105-115, 2007.

PESCE, R. P. **Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência.** Cadernos Saúde Pública, 21(2):436-448, mar-abr, 2005.

PESCE, R.P. ET AL. **Risco e Proteção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 20 n. 2, p. 135-143, mai-ago 2004.

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde.** 129 p. Dissertação de mestrado -Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, mai 2001.

RIBEIRO A. G. ET AL. **A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrados Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares.** Ciência e Saúde Coletiva, 17(1):7-17, 2012.

SAAD, M. ET AL. **Espiritualidade baseada em evidências.** Acta Fisiátrica 8(3): 107-112, 2001.

SIEGRIST, J.; MARMOT, M. **Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges.** Social Science e Medicine 58; 1463–1473, 2004

SIMÃO. A. F. ET AL. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 101(6Supl.2): 1-63, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/teste-seu-imc/>> Acesso em: 26/05/2015.

SORDI A. O. ET AL. **O Conceito de Resiliência: Diferentes Olhares.** Revista Brasileira de Psicoterapia;13(2):115-132, 2011.

SOUZA, M.T.S. E CERVENY, C.M.O. **Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica.** Revista Interamericana de Psicologia/InteramericanJournalofPsychology, vol. 40, n 1, p. 119-126, 2006.

TAVARES, A. ET AL. **VI Diretrizes Brasileirasde Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 95(1 supl.1): 1-51, 2010.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Disponível em :<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2010/g02.def>> Acesso em 16/12/2015.

TEIXEIRA, E.F.B. ET AL. **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 224 p., 2004.

TORRATI, F. G. ET AL.**Estratégia no cuidado ao pacientecardiáco cirúrgico: avaliação do senso de coerência.**Revista da Escola de Enfermagem da USP. 44(3):739-44, 2010.

VALLA, V.V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cadernos de SaúdePública, 15(Sup. 2):7-14, 1999.

WILLIAMS, D.R.; STERNTHAL, M. J. **Spirituality, religion and health: evidence and research directions.** 186: S47–S50, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control.**Geneva, 2011, 155 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Global health observatory (GHO) DATA.** Disponível em: <<http://www.who.int/gho/en/>>.Acessoem: 10/05/2015.

XAVIER, H. T. ET AL.**V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.** Arquivos Brasileirosde Cardiologia; 101(4Supl.1): 1-22, 2013.

RELATÓRIO DE CAMPO

SUMÁRIO RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO	56
2 CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS	56
3 SELEÇÃO DOS SETORES SENSITÁRIOS	57
4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	58
5 ESTUDO PILOTO	58
6 COLETA DOS DADOS PRINCIPAIS	59
7 CONTROLE DE QUALIDADE	60
8 PERDAS	60
9 ENTRADA DE DADOS	61
10ANÁLISE DOS DADOS	62

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está inserido no projeto de pesquisa principal intitulado “*Um estudo exploratório do capital social em São Leopoldo - RS*” que foi elaborado por um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS. O projeto foi financiado pelo CNPq (Proc. 478503/2004-0), FAPERGS (Proc. 0415621) e UNISINOS (PP 0320).

A pesquisa principal foi realizada com uma amostra representativa de adultos, residentes na zona urbana de São Leopoldo-RS. Iniciado no ano de 2005, o estudo principal teve como objetivo principal explorar e aprofundar o conceito de capital social na população do município. Tal pesquisa também buscou descrever a situação do capital social no município, além de validar o instrumento de medida de capital social em uma amostra da população brasileira, e testar a associação entre capital social e saúde em adultos.

Como parte desse projeto maior, o presente estudo foi realizado posteriormente utilizando os dados previamente coletados pelo estudo principal. As variáveis sobre saúde bucal e aspectos psicossociais também foram coletadas tornando-se estes, objetos do presente estudo.

2 CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS

No ano de 2005 foi elaborado um questionário padronizado e pré-codificado que incluiu diversos instrumentos validados, além de perguntas fechadas. Tornando-se um protocolo de coleta de dados.

A construção envolveu a tradução de inventários e escalas, da língua Inglesa para o Português, formatação do questionário, elaboração de cartões resposta para facilitar a compreensão e aplicação dos questionários, e elaboração de um manual de instruções para o treinamento dos entrevistadores. O questionário apresentava questões socioeconômicas (classe social, escolaridade, profissão, renda), demográficas (sexo, cor da pele, idade e estado civil), psicossociais (Distúrbios Psiquiátricos Menores, qualidade de vida, nível de estresse, senso de coerência, apoio social, resiliência, espiritualidade, senso de comunidade, participação em grupos), comportamentais (hábitos alimentares, consumo de álcool, atividade física, consulta ao médico e dentista) e autopercepção de saúde.

3 SELEÇÃO DOS SETORES SENSITÁRIOS

O município de São Leopoldo possui 272 setores censitários sendo que destes, dois são classificados como rurais. Desconsideraram-se estes dois setores censitários rurais no estudo, pois a população de estudo foi composta apenas por adultos, idade superior a 18 anos, residentes na zona urbana de São Leopoldo.

A seleção dos setores censitários para a pesquisa foi realizada através de amostragem sistemática, conforme os seguintes passos:

Divisão do nº total de setores censitários urbanos (270) por nº total dos setores desejados (40);

Os resultados desta equação (6,75 – com arredondamento = 7) indica o pulo que foi efetuado;

Sorteou-se um nº de 1 a 10 (3) como ponto de partida para os seguintes setores selecionados (3, 10, 17, 24, 31, etc.).

O procedimento amostral previu o sorteio aleatório de 40 setores censitários dentre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo. Em cada conglomerado, isto é, setor censitário foi sorteado o quarteirão e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 em cada conglomerado. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão do setor, seguindo sorteio prévio. Caso houvesse mais domicílios do que o necessário naquele quarteirão era sorteado, aleatoriamente, à esquina, a partir da qual o domicílio era identificado para o início da coleta de dados, e o início se dava pela esquerda de quem estivesse de costas para a casa inicial, e mantendo-se o sentido anti-horário, o domicílio seguinte era visitado, e o próximo entrava na seleção.

O reconhecimento dos setores foi realizado com auxílio do coordenador da pesquisa, juntamente com os bolsistas de iniciação científica. A equipe percorreu os setores desconhecidos pelo coordenador, com a finalidade de identificar se os setores tinham condições para a realização da pesquisa.

Após o reconhecimento a equipe fez as seguintes substituições:

- Setor 129 (loteamento e sem habitantes) houve substituição pelo setor 13;
- Setor 66 (não possui domicílios suficientes) houve substituição pelo setor 27;
- Setor 241 (casas transferidas para outro local) houve substituição pelo setor

-Setor 192 (devido à orientação da Brigada Militar por tratar-se de um local considerado muito perigoso) foi substituído por um bairro com as mesmas condições socioeconômicas – Santa Marta (777).

4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Foram recrutados e treinados cerca de 50 estudantes de graduação da UNISINOS para a realização da pesquisa. Para isso foi confeccionado um manual, o qual apresentava os seguintes conteúdos: objetivos, métodos e importância da pesquisa, informações sobre materiais a serem levados a campo, critérios de inclusão dos participantes no estudo, critérios para sorteio de casas, quando necessário, planilhas dos setores, informações sobre apresentação, instruções gerais para preenchimento do questionário e sobre os cartões de resposta, instruções de codificação dos questionários e chamadas especiais.

Durante o período de coleta de dados ocorreram o treinamento e a padronização dos entrevistadores por meio de grupos de no máximo 10 pessoas. Esse treinamento incluía as seguintes técnicas: apresentação e discussão dos objetivos, métodos e importância da pesquisa, leitura do manual de instruções, dramatização do questionário e discussão de dúvidas do manual.

5 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado entre os meses de agosto a novembro de 2005, com 97 pessoas em 10 setores censitários (24, 31, 59, 87, 101, 115, 157, 178, 213 e 262). Na ocasião as entrevistas foram realizadas em duplas e tinham como objetivo qualificar os entrevistadores a fim de aprimorar as técnicas de entrevista; avaliar a qualidade dos instrumentos de coleta de dados (teste da compreensão dos questionários); apreciar os métodos e a logística dos trabalhos de campo (tempo de entrevista e de deslocamento); e obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral a ser realizado no estudo principal.

Constatou-se que cada entrevista durava, em média, 45 minutos, e que somado a este, o tempo de deslocamento, eram possíveis realizar apenas 2 entrevistas, por entrevistador, em um único turno (manhã e tarde).

Os participantes do estudo piloto eram, em sua maioria, mulheres (55%), brancas (89%), casadas ou em união (65%), com média de idade igual a 45 anos (DP=13) e com renda familiar de até 4 salários mínimos (53%).

O projeto inicial tinha a intenção de entrevistar os chefes dos domicílios, porém, por geralmente se tratarem de homens, os quais, normalmente encontram-se ausentes, no período diurno, durante a semana, acarretava em um grande número de perdas, motivo este, que levou a mudança de critérios, optando-se por entrevistar os responsáveis pelo domicílio, no momento da entrevista.

6 COLETA DOS DADOS PRINCIPAIS

A coleta de dados principal foi realizada por 50 entrevistadores, alunos da graduação da UNISINOS, os quais foram devidamente treinados e padronizados. A coleta iniciou em março de 2006 estendendo-se até junho de 2007. O tamanho da amostra previu a realização de um total de 1520 entrevistas em 40 setores censitários. Destas, um total de 1100 foram realizadas em 38 setores, representando 72% do cálculo inicial. O número de entrevistas realizadas e percentual de perdas de acordo com os setores são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição dos setores sorteados, número de pessoas encontradas e perdas por setor – São Leopoldo 2006.

SETOR	BAIRRO	POPULAÇÃO	ENTR. REAL.	Nº DE PERDAS	% DE PERDAS
3	CENTRO	360	19	19	*
6	SÃO MIGUEL	617	25	13	34,2
10	SÃO MIGUEL	510	29	9	23,7
13	CENTRO	365	13	25	*
20	CENTRO	511	9	29	*
27	CENTRO	779	33	5	13,2
31	SÃO MIGUEL	377	44	0	0
38	VICENTINA	585	35	3	7,9
45	VICENTINA	341	41	0	0
52	VICENTINA	764	44	0	0
59	CRISTO REI	514	15	23	*
73	PADRE REUS	506	34	4	10,5
80	DUQUE DE CAXIAS	1477	24	14	36,8
87	SANTA TEREZA	682	31	7	18,4
94	SANTA TEREZA	707	36	2	5,2
101	SÃO JOSÉ	506	28	10	26,2
108	RIO BRANCO	759	25	13	34,2
115	JARDIM AMÉRICA	892	14	24	*
122	JARDIM AMÉRICA	1084	45	0	0

136	SANTO ANDRÉ	1052	33	5	13,2
143	PINHEIRO	482	24	14	36,8
150	FEITORIA	1157	40	0	0
157	FEITORIA	864	28	10	26,2
164	FEITORIA	1204	23	15	39,5
171	FEITORIA	798	27	11	28,9
178	FEITORIA	627	16	22	*
185	SANTOS DUMONT	957	32	6	15,8
199	RIO DOS SINOS	991	43	0	0
206	SANTOS DUMONT	892	42	0	0
213	SCHARLAU	1051	41	0	0
220	SCHARLAU	614	12	26	*
227	CAMPINA	518	28	10	26,3
234	CAMPINA	544	27	11	28,9
248	CAMPINA	745	45	0	0
255	ARROIO DA MANTEIGA	586	41	0	0
262	ARROIO DA MANTEIGA	635	15	23	*
269	SÃO JOSÉ	172	14	24	*
777	SANTA MARTA	2115	25	13	34,2
	TOTAL	28.340	1.100	390	

*Nos setores com número de entrevistas menor que 20, a coleta de dados foi interrompida, devido à falta de recursos financeiros.

7 CONTROLE DE QUALIDADE

A codificação dos questionários foi realizada por um bolsista e a revisão da codificação por um coordenador da pesquisa. Reuniões regulares foram realizadas com os supervisores de campo (bolsistas), com o objetivo de discutir erros de codificação e assim corrigir a codificação dos questionários. Foram criadas codificações específicas para as questões com respostas abertas.

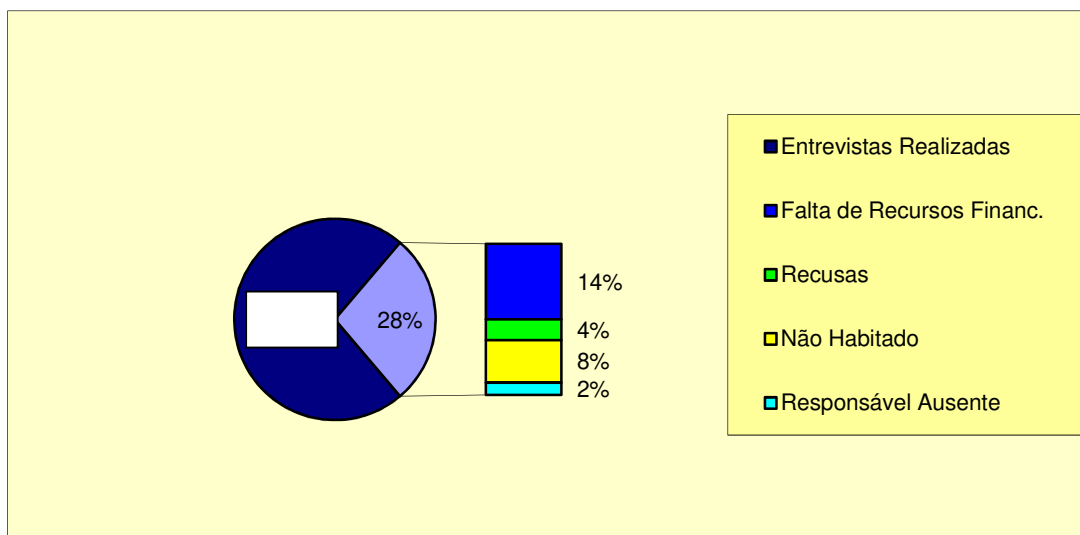
Para o controle de qualidade elaborou-se um questionário simplificado com perguntas de pequena variação em relação ao tempo. Participaram do estudo cerca de 10% da amostra (n=103), por setor, e as entrevistas foram realizadas por telefone ao longo dos trabalhos de campo.

8 PERDAS

Os principais motivos das perdas foram: a falta de recursos financeiros (14%), locais não habitados ou comércio (8%), recusas (4%) e pessoas ausentes nas residências (2%) (Figura 1). Há de se ressaltar que a coleta de dados foi interrompida em nove setores censitários (3, 13, 20, 59, 115, 178, 220, 262, 269) e

não realizada em dois (17, 24) devido à falta de recursos financeiros. Nestes setores foram entrevistadas 127 pessoas de um total previsto de 420.

Figura 1 – Percentual e motivo das perdas.



9 ENTRADA DE DADOS

O espelho para a digitação do questionário foi criado no programa EpiInfo 6 com as devidas limitações nas respostas (Check) para evitar erros de digitação. Os dados foram digitados simultaneamente a coleta de informações e uma segunda entrada iniciou no mês de agosto de 2007. A conclusão dos dois bancos ocorreu em dezembro de 2007.

Também foram digitados dois outros bancos de dados com informações complementares da pesquisa: estudo teste-reteste e controle de qualidade. A dupla entrada em ambos os bancos de dados entre os meses de janeiro a abril de 2008. Neste período também foi realizada a limpeza dos dados em todos os bancos (estudo principal, teste-reteste e controle de qualidade). Esta consistiu no cruzamento dos bancos em duplicata, verificando-se as inconsistências entre eles, conferindo e corrigindo de acordo com as fichas originais.

10 ANÁLISE DOS DADOS

Entre os meses de maio a outubro de 2016 foram realizadas as análises descritivas para a verificação da frequência das variáveis e associações com o desfecho. As proporções de doenças cardiovasculares (DCVs), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e $IMC \geq 25$ de acordo com os aspectos psicossociais e demográficos foram testadas através do teste do Qui-quadrado para tendência linear. A análise dos dados foi conduzida utilizando-se os programas *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 11.0 e Stata12.1.

Uma análise descritiva inicial foi realizada com as exposições e mediadores categorizados. Inicialmente foram avaliadas as propriedades psicométricas dos quatro aspectos psicossociais (escores das escalas padronizados de 0-100) conjuntamente através da: consistência interna desses itens (escalas) que foram avaliadas através do alfa Cronbach (Anexo III) e da análise fatorial de componentes principais (Anexo IV). Modelos de equações estruturais (SEM)² foram utilizados para testar as relações entre as variáveis. Essa análise consistiu em um modelo de mensuração e um fluxograma de caminhos. Em seguida, uma variável latente denominada aspectos psicossociais foi construída, a partir das quatro escalas contínuas. Também foi criada uma variável latente a partir da hipertensão arterial, dislipidemia e do excesso de peso denominada risco para DCVs. O fluxograma de caminhos foi baseado em teoria prévia, bem como nos resultados da análise univariada. Em tal modelo os aspectos psicossociais possuem influência direta nos comportamentos de saúde, nos fatores de risco para doenças cardiovasculares (FRDCV) e na DCV. Tais aspectos também possuiriam um efeito indireto nas DCVs que é mediado pelos comportamentos relacionados à saúde. Tal modelo foi controlado para as variáveis sexo, idade em anos completos, situação conjugal, renda em reais e escolaridade em anos de estudo (Anexo V). Porém, apenas os efeitos diretos e indiretos da exposição e desfechos de interesse foram relatados.

Apenas os possíveis fatores de confusão foram levados para a análise multivariável. Para ser considerado fator de confusão, a variável deveria estar associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de significância menor do que 5% ($p < 0,05$). Foi criado um construto utilizando equações estruturais controlado para aspectos psicossociais e demográficos (Anexo V).

Do construto original do projeto de pesquisa foram retirados espiritualidade e estresse, pois ao associá-los no construto os mesmos não conformavam uma variável latente.

ARTIGO CIENTÍFICO

SUMÁRIO DO ARTIGO CIENTÍFICO

RESUMO.....	66
ABSTRACT.....	67
INTRODUÇÃO	68
METODOLOGIA	69
ASPECTOS ÉTICOS	72
RESULTADOS.....	72
Análises descritivas	72
Modelo de mensuração	72
Análise de caminhos.....	73
DISCUSSÃO	73
REFERÊNCIAS.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
TABELA.....	81
FIGURA.....	82

Aspectos psicossociais e autorrelato de DCVs em adultos de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência dos aspectos psicossociais no autorrelato de doenças cardiovasculares (DCVs). As hipóteses eram de que os aspectos psicossociais possuem influência direta ou indireta nos comportamentos de saúde, nos fatores de risco para doenças cardiovasculares (FRDCV) e nas DCVs. Para tanto, foi realizado um estudo transversal de base populacional, com uma amostra representativa de 1100 adultos da zona urbana de um município de médio porte do Sul do Brasil. Foram coletados dados através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios utilizando-se um questionário padronizado e pré-testado. Os aspectos psicossociais incluíram escalas de: resiliência, qualidade de vida, senso de coerência e apoio social. Os desfechos eram as DCVs e os FRDCV mensurados por itens unitários inquirindo os participantes se algum médico havia dito que eles possuíam: doenças do coração, pressão alta e colesterol/triglicérides elevados, bem como excesso de peso referido ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$). A análise dos dados utilizou-se de modelos de equações estruturais. O modelo final apresentou um bom ajustamento em todos os índices: ($\chi^2[57]=155, p < 0,001$; $RMSEA=0,042$; $CFI=0,902$ e $SRMR=0,042$). Consistente com nossa hipótese do efeito direto, aspectos psicossociais favoráveis estavam inversamente associados com risco para DCVs ($\beta=-0,15$; $p=0,011$) e com DCVs ($\beta=-0,10$; $p=0,048$). O efeito indireto via comportamentos de saúde não foi confirmado. Os achados sugerem que os aspectos psicossociais podem influenciar a presença de DCVs ou seus fatores de risco.

Palavras-chave: aspectos psicossociais, doenças cardiovasculares, qualidade de vida, apoio social, resiliência.

Psychosocial aspects and self-report of CVDs in adults of a medium-sized city of southern Brazil

ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence of psychosocial aspects on self-report of cardiovascular diseases (CVDs). The hypotheses were that the psychosocial aspects have a direct or indirect influence on health behaviors, risk factors for cardiovascular diseases (RFCVD) and CVDs. A cross-sectional population-based study was carried out with a representative sample of 1100 adults from the urban area of a medium-sized municipality in the South of Brazil. Data were collected through structured interviews conducted in the households using a standardized and pre-tested questionnaire. Psychosocial aspects included scales of: resilience, life quality, sense of coherence and social support. The outcomes were CVDs and RFCVDs measured by unit items inquiring participants if a physician had said they had heart disease, high blood pressure and high cholesterol/triglycerides, as well as being overweight ($BMI \geq 25\text{kg/m}^2$). Data analysis was based on structural equation models. The final model presented a good fit in all indexes: ($\chi^2[57]=155$, $p<0.001$, $RMSEA=0.042$, $CFI=0.902$ and $SRMR=0.042$). Consistent with our direct effect hypothesis, favorable psychosocial aspects were inversely associated with risk for CVDs ($\beta=-0.15$, $p=0.011$) and with CVDs ($\beta=-0.10$, $p=0.048$). The indirect effect through health behaviors was not confirmed. The findings suggest that psychosocial aspects may influence the presence of CVDs or their risk factors.

Key words: Psychosocial aspects, cardiovascular diseases, life quality, social support, resilience.

INTRODUÇÃO

As DCVs constituem a maior causa de morte por doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis por cerca de 17,2 milhões de mortes no mundo em 2012. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que este número pode chegar a 23,3 milhões no ano de 2030³. Nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 610 mil pessoas morrem devido a doenças cardíacas a cada ano, o que corresponde a 1 de cada 4 óbitos⁴. O Brasil encontra-se entre os dez países com maior número de óbitos por DCVs. As DCVs foram responsáveis por cerca de 30% das 1.170.498 mortes ocorridas no País em 2011, ou seja, cerca de 351.149 óbitos⁵.

Entre os principais fatores de risco para DCVs estão aspectos comportamentais como o hábito de fumar, inatividade física e alimentação inadequada, além de aspectos clínicos como o excesso de peso, a hipertensão arterial e a dislipidemia. Indivíduos fumantes apresentam risco de infarto do miocárdio aumentado, chegando a ser até cinco vezes maior entre indivíduos com menos de cinquenta anos fumantes se comparados aos não fumantes⁶. A prática de atividade física é outro comportamento modificável que reduz o risco para o desenvolvimento ou agravamento das DCVs⁷⁻¹⁰. Do mesmo modo, o aumento progressivo e contínuo dos níveis pressóricos eleva o risco de mortalidade por doença cardíaca e acidente vascular cerebral, que compõem o grupo das DCVs. Estima-se que a cada 2 mmHg de elevação da pressão arterial sistólica ocorra um aumento do risco de doença isquêmica cardiovascular de 7% e acidente vascular encefálico de 10%¹¹. As dislipidemias são consideradas o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e podem ter sua ocorrência reduzida pela diminuição de consumo de alimentos ricos em ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e fitosteróis pode reduzir os níveis séricos de colesterol e triglicérides^{3, 6, 10, 12}.

Além dos aspectos clínicos e comportamentais, tem sido sugerido que aspectos psicossociais podem exercer um papel importante, direta ou indiretamente, no desenvolvimento das DCVs¹³. Uma revisão sistemática realizada na Austrália demonstrou a influência falta de apoio social no desenvolvimento da doença coronariana e de um pior prognóstico quando esta já está instalada¹⁴. Outra revisão sistemática demonstrou que em indivíduos com maior nível de apoio social, houve

também melhor auto-gestão com melhores comportamentos, principalmente no que diz respeito a alimentação e prática de atividades físicas¹⁵. A ausência de associações também tem sido relatada¹⁵. De uma maneira geral, tais evidências se concentram nos países europeus e na América do Norte. Considerando que os aspectos psicossociais podem se manifestar distintamente em diferentes culturas há necessidade de estudos originais envolvendo tal temática na América Latina e Brasil. Além disso, poucos estudos abordam o tema com de forma abrangente com diversidade de desfechos e exposições bem como suas interrelações conjuntamente. Portanto, o nosso objetivo foi avaliar a influência dos aspectos psicossociais no autorrelato das doenças cardiovasculares. As hipóteses eram de que os aspectos psicossociais possuem influência direta ou indireta nos comportamentos de saúde e nos fatores de risco para doenças cardiovasculares (FRDCV) e nas DCVs.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com uma amostra representativa de adultos residentes na zona urbana de um município de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. No ano de 2010, o município possuía 214.087 habitantes, sendo 109.845 (51,3%) mulheres e 104.242 (49,7%) homens.

Foram coletados dados através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios utilizando-se um questionário padronizado e pré-testado composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde. Foi realizado um estudo-piloto do instrumento com 100 pessoas e o controle de qualidade com cerca de 10% da amostra.

A coleta de dados ocorreu em 2006 e resultou em um total de 1100 indivíduos de 36 setores censitários. Maiores detalhes metodológicos encontram-se em outras publicações^{16, 17}.

As variáveis exógenas foram cor da pele (branco ou não branco), sexo, idade (em anos), situação conjugal (com ou sem parceiro), escolaridade (em anos de estudo) e renda (em salários mínimos).

As variáveis endógenas, exposições principais, foram os aspectos psicossociais mensurados através de escalas para: apoio social, resiliência, senso de coerência, qualidade de vida.

A variável apoio social foi coletada através da escala de apoio social do Medical Outcomes Study – (MOS)¹⁸ composta por 19 itens os quais avaliam o apoio material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. As respostas variavam de ‘nunca’ (código 1) a ‘sempre’ (código 5) e os maiores escores representaram maior apoio social. A escala de apoio social foi validada no Brasil por Griep et al.¹⁹.

Resiliência foi avaliada com a escala desenvolvida por Wagnild e Young²⁰, composta por 25 itens avaliando aspectos como a serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. Os itens descritos de forma positiva eram respondidos em escala tipo Likert, variando de ‘discordo totalmente’ (código 1) a ‘concordo totalmente’ (código 7) e os escores da escala oscilavam de 25 a 175 pontos. Os itens foram somados e os valores elevados representaram elevada resiliência. A escala foi validada para português na versão brasileira por Pesce et al.²¹.

O senso de coerência foi avaliado através da versão curta da escala de Antonovsky²² composta por 13 itens e as perguntas foram respondidas em uma escala de sete pontos na qual o código 1 corresponde ao extremo negativo e o código 7 ao extremo positivo. Os itens foram somados criando um escore onde valores elevados representaram elevado senso de coerência. No Brasil a escala foi validada para a língua portuguesa por Freire et al.²³.

Qualidade de vida foi avaliada com a escala WHO-8: EUROHIS, composta por oito itens derivados da versão curta do WHOQOL, que versa sobre a satisfação do entrevistado consigo mesmo, com os relacionamentos pessoais, com a renda, com as condições de moradia, com a saúde, com o desempenho em atividades diárias e apresenta a sua opinião sobre qualidade de vida e energia para enfrentar o dia adia²⁴. A escala foi validada para o português na versão brasileira do WHOQOL-Bref²⁵. As respostas foram medidas através de uma escala de cinco pontos, variando de ‘muito insatisfeito’ a ‘muito satisfeito’ e os maiores escores, representavam melhor qualidade de vida.

De modo a tornar os escores comparáveis de modo a melhor descrever os níveis desses aspectos na população estudada, o somatório dos escores de apoio social, senso de coerência, resiliência, espiritualidade e qualidade de vida foram padronizadas de 0 a 100 de acordo com a fórmula: $((\text{valor observado} - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}) \times 100)$.

As variáveis mediadoras foram os comportamentos relacionados à saúde. Estes compreenderam atividade física no lazer (em minutos de atividade física leve, moderada ou severa por semana)²⁶ consumo de frutas e vegetais (adequado/inadequado) - Considerou-se como consumo adequado a ingestão de três ou mais frutas ao dia concomitante com cinco ou mais colheres de sopa de verduras/legumes ao dia), consumo de álcool (em número de doses/mês) e hábito de fumar (fumante ou não fumante).

Os desfechos eram as DCVs e os FRDCV. Tais variáveis foram mensuradas por itens unitários inquirindo os participantes se algum médico havia dito que eles possuíam: doenças do coração, pressão alta, colesterol/triglicérides elevados (FRDCV). Excesso de peso referido ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$), também foi considerado como FRDCV.

A análise dos dados foi realizada utilizando STATA versão 12.1 (StataCorp, CollegeStation, TX, EUA). Uma análise descritiva inicial foi realizada com as exposições e mediadores categorizados. Inicialmente foram avaliadas as propriedades psicométricas dos quatro aspectos psicossociais (escores das escalas padronizados de 0-100) conjuntamente através da: consistência interna desses itens (escalas) que foram avaliadas através do alfa Cronbach. e da análise fatorial de componentes principais. Modelos de equações estruturais (SEM)² foram utilizados para testar as relações entre as variáveis. Essa análise consistiu em um modelo de mensuração e um fluxograma de caminhos. Em seguida, uma variável latente denominada aspectos psicossociais foi construída, a partir das quatro escalas contínuas. Também foi criada uma variável latente a partir da hipertensão arterial, dislipidemia e do excesso de peso denominada risco para DCVs. O fluxograma de caminhos foi baseado em teoria prévia, bem como nos resultados da análise univariada. Em tal modelo os aspectos psicossociais possuem influência direta nos comportamentos de saúde, nos FRDCV e na DCV. Tais aspectos também possuiriam um efeito indireto nas DCVs que é mediado pelos comportamentos relacionados à saúde. Tal modelo foi controlado para as variáveis sexo, idade em anos completos, situação conjugal, renda em reais e escolaridade em anos de estudo. Porém, apenas os efeitos diretos e indiretos da exposição e desfechos de interesse foram relatados.

ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS; CEP 04/034). Foi requerido o consentimento livre e esclarecido dos participantes, aos quais foi garantido o total sigilo dos dados.

RESULTADOS

Análises descritivas

A maioria dos participantes eram mulheres (71,8%), brancos (84%), com parceiro (55,9%), praticantes de algum tipo de atividade física (74,3%), não fumantes (66,9%), que não consumiam álcool (94,5%) e com consumo de vegetais e frutas inadequado (88,4%). A média de idade foi 44,3 anos (DP=15,8), de anos de estudo 8,2 anos (DP=4,1) e de renda familiar foram 7,5 (DP=7,4) salários mínimos. As médias de pontos para os escores de 0 a 100 foram: 84,7 (DP=19,4) para o apoio social, 71,5 (DP=8,8) para a resiliência, 60,5 (DP=13,3) para qualidade de vida, e 58,1 (DP=10,1) para o senso de coerência. Os percentuais de DCVs, HAS, dislipidemia e excesso de peso foram respectivamente 12,4%, 32,1%, 19,4% e 48,6% (Tabela).

Maiores percentuais de DCVs, HAS, dislipidemia e excesso de peso estavam associados com pessoas com idades mais avançadas e com indivíduos com menor escolaridade. Houve relação entre não realização de atividades físicas e excesso de peso com o autorrelato de DCVs. Quanto menor o apoio social, senso de coerência, a resiliência e a qualidade de vida, maior o autorrelato de DCVs. Menor senso de coerência e menor resiliência estavam associadas com dislipidemia e HAS, respectivamente (Tabela).

Modelo de mensuração

Nós iniciamos o modelo de mensuração utilizando análise fatorial de componentes principais com as quatro escalas contínuas as quais convergiram em um único fator explicando cerca de 44% da variância. Todas as cargas eram substanciais e variavam de 0,57 a 0,72, ou seja, excedendo o valor recomendado ($\geq 0,3$). Essas quatro escalas carregadas em um único fator apresentaram consistência interna razoável (α Cronbach=0,53). Em seguida, rodamos a análise

fatorial confirmatória, criando uma variável latente a partir das quatro escalas, então denominada aspectos psicossociais. Este modelo apresentou um excelente ajustamento em todos os índices: $\chi^2(2)=3,2$, $p=0,2$; RMSEA=0,024; CFI=0,996 e SRMR=0,011.

Análise de caminhos

Os outros comportamentos relacionados à saúde não estavam relacionados nem com as exposições ou desfechos e portanto não foram testados. Portanto apenas atividade física foi incluída no modelo final. Exceto pelo χ^2 , o modelo final apresentou um bom ajustamento em todos os índices: $\chi^2(57)=155$, $p=<0,001$; RMSEA=0,042; CFI=0,902 e SRMR=0,042. Consistente com nossa hipótese do efeito direto, aspectos psicossociais favoráveis estavam inversamente associados com risco para DCVs ($\beta=-0,15$; $p=0,011$) e com DCVs ($\beta=-0,10$; $p=0,048$). Não foi constatado um efeito direto ou indireto da atividade física sobre as DCVs ou FRDCV.

DISCUSSÃO

O estudo sugere que os aspectos psicossociais desfavoráveis, analisados através de um modelo teórico em relação ao autorrelato de DCVs, possuem efeito direto frente a estas e aos seus fatores de risco. Tem sido argumentado que aspectos psicossociais desfavoráveis podem provocar vulnerabilidade na saúde física e psíquica do indivíduo. Como exemplo, a falta de apoio social, o enfrentamento negativo das situações do dia-a-dia, poderia levar ao estresse o qual direta ou indiretamente poderia interferir negativamente nos comportamentos relacionados à saúde e consequentemente na qualidade de vida²⁷. Através de diferentes níveis de vulnerabilidade, estressores podem determinar, de forma indireta, quadros somáticos, inclusive doenças crônicas não transmissíveis, como patologias cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, acidentes vasculares e infarto agudo do miocárdio)⁷.

Processos negativos no âmbito social poderiam atuar como estressores não específicos, aumentando a suscetibilidade a certos organismos diante de um estímulo nocivo, o que seria mediado pelo sistema neuroendócrino²⁸. Uma característica de resposta ao estresse são reações de luta ou fuga (resposta comportamental e fisiológica à ameaça de uma situação perigosa, seja ela qual for),

que passa pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. O organismo precisa também de resposta hormonal para o enfrentamento de estressores²⁸. Há indicativos de que a quebra da homeostasia do metabolismo oxidativo celular resultante de tais reações pode contribuir para o aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, as DCVs²⁹. Isso, que se denomina estresse oxidativo, leva a danos às macromoléculas e à membrana celular, ocasionando disfunção das mitocôndrias e endotélio, processo inflamatório intensificado, podendo levar ao desenvolvimento de DCV ou outras doenças crônicas não transmissíveis²⁹.

O estresse e as emoções negativas têm efeitos sobre os sistemas fisiológicos do organismo que são imprescindíveis para manutenção da saúde física e cura. Este pode aumentar a predisposição para muitas doenças ou até mesmo encurtar o tempo de vida. Já o apoio social tem demonstrado proteção contra doenças e aumento da longevidade. Sua contribuição para a redução dos níveis de estresse e de emoções negativas melhora os demais aspectos psicossociais, afetando positivamente o indivíduo e ampliando a ocorrência de comportamentos saudáveis, com melhor resposta no tratamento de inúmeras doenças, ainda que elas incidam³⁰.

Perda de emprego, viuvez, isolamento social, catástrofes e condições de trabalho estressantes podem levar o indivíduo a desenvolver doenças cardíacas coronarianas. Entre estes a falta de apoio social foi considerado como fator de risco importante, pois além de aumentar o risco de desenvolvimento da doença, também há maior taxa de óbitos nestes indivíduos¹⁴. Os estressores podem provir do ambiente, sendo de base coletiva ou de origem individual. Os estressores individuais, como por exemplo, eventos da vida, podem atuar de modo agudo ou desencadeando estresse crônico. Os estressores coletivos ou de origem social, também podem auxiliar no desenvolvimento de eventos agudos ou crônicos⁷.

Ao contrário, aspectos psicossociais favoráveis podem envolver a construção de fatores de apoio internos (resiliência, espiritualidade, senso de coerência) e externos (apoio da família, de amigos e da comunidade na qual está inserido), que podem auxiliar na proteção dos indivíduos em situações adversas. Em situações como perda de emprego, viuvez, ou problemas de saúde na família, tais fatores podem auxiliar o enfrentamento de forma positiva, diminuindo o estresse e melhorando a qualidade de vida^{13, 31}.

O construto no qual os aspectos psicossociais estão incluídos no estudo sugere que aspectos psicossociais desfavoráveis podem levar diretamente ao

desenvolvimento de DCVs, ou aumentar os riscos para tal através de dislipidemia, hipertensão arterial e excesso de peso. Um caminho para o entendimento disso inclui a constatação de que hábitos podem ser modificados pela presença ou carência de aspectos como apoio social e resiliência, melhorando ou não a qualidade de vida do indivíduo^{13, 27}. O apoio social produziria no indivíduo um efeito psicobiológico que seria capaz de auxiliar no bloqueio de estímulos desfavoráveis, com isso auxiliando no controle de gatilhos do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal³².

Um estudo longitudinal realizado em um condado da Califórnia (EUA) que envolveu 718 indivíduos, avaliou o autorrelato de saúde de pessoas que recebiam auxílio público em 2001. Através de entrevistas, estes foram acompanhados durante 5 anos, avaliando-se então o impacto do apoio social relacionado com o estresse vivenciado cotidianamente em sua condição de pobreza. Constatou-se que o apoio social recebido moderou os efeitos dos eventos estressantes da vida sobre a saúde dos indivíduos³³. Em abrangente revisão sistemática, KOENIG³⁰ demonstrou que doença cardíaca coronariana tem fortes ligações com estressores psicossociais. O apoio social pode provocar benefícios físicos e psicológicos, ajustando melhor o indivíduo às situações estressantes, auxiliando para o bem-estar, diminuindo o efeito que os eventos adversos provocam. A redução do estresse auxiliaria os indivíduos na recuperação mais rápida de doenças, diminuindo o risco de mortalidade e aumentando sua qualidade de vida³⁴, bloqueando as respostas do organismo que favorecem o adoecimento ou pela promoção de sensação de controle sobre a própria vida³⁴. Tem sido relatado que quanto maior a rede de apoio social, menor o risco de morrer por doença coronariana, acidente vascular cerebral e neoplasias malignas³⁵.

As relações sociais também ampliam a adesão às práticas que proporcionam ao indivíduo melhor qualidade de vida como alimentação saudável e prática de atividades físicas, capacidade de dar sentido à vida e percepção de pertencimento³⁶. Considera-se que um ambiente psicossocial propício à auto-estima capacita o indivíduo a conectar-se consigo mesmo ou com outras pessoas que lhe proporcionarão apoio. Se um ambiente psicossocial impede a pessoa de ter experiências de pertença e aprovação, sentimentos como decepção e frustração são recorrentes e isso pode contribuir para a ocorrência de desfechos negativos^{32, 37}. Os fatores protetores reduzem o impacto dos riscos inerentes à situação adversa,

diminuem as reações negativas, proporcionam manutenção da auto-estima e auto-eficácia e oportunizam a reversão dos efeitos do estresse³⁴.

A resiliência também aumenta a adaptação individual incluindo a elevação da crença positiva em si mesmo e em sua capacidade de superar situações controversas, com melhor aceitação de si mesmo e da vida^{34, 38}. Muitas situações sociais podem afetar a capacidade de resiliência dos indivíduos e famílias. A pobreza, enfrentamento de violência de algum tipo, vivenciar doenças crônicas ou agudas pessoais ou de algum familiar, perdas de emprego ou óbito de familiares estão entre estes fatores³⁴. Estudos sobre resiliência podem ser explorados agregando outros mecanismos de risco ou proteção. Exemplificando, a religiosidade e a fé sendo caracterizadas como fator de proteção, também envolverão outros fatores como aumento dos apoios informais e redução de padrões de enfrentamento funcionais (como utilização de álcool para alívio do stress)³⁹.

No que diz respeito à qualidade de vida ou aos aspectos que compõe o estilo de vida, acesso a serviços de saúde e avanços da medicina, exposição ao estresse (seja este no trabalho, através da violência urbana e doméstica, problemas financeiros), acesso à alimentação e água potável, moradia, conforto, realização pessoal. Está presente na prevenção e promoção da saúde, tendo relação com a saúde da população. Está também está ligada com valores não materiais como amor, liberdade, inserção na sociedade, sentimento de pertencimento, solidariedade, sentido de vida e empoderamento sobre suas próprias escolhas e atividades diárias. A carência seja de aspectos materiais ou não e demasiada exposição ao estresse afetam a qualidade de vida individual e coletiva⁴⁰. Muito influenciado pelo contexto, o modo ou estilo de vida também pode ser considerado fator desencadeante para doenças crônicas não transmissíveis, como as DCVs. As ações diárias do indivíduo como fumar, ingerir bebidas alcoólicas, praticar ou não atividades físicas, entre outras, caracterizam seu modo de vida e podem constituir configurações de risco levando ao desenvolvimento de enfermidades⁷.

O estudo possui algumas limitações a serem consideradas. Devido a seu delineamento transversal onde exposições e desfechos foram mensurados simultaneamente, a causalidade reversa pode estar presente. Além disso, o estudo utiliza-se do autorrelato; pois os indivíduos foram entrevistados e referiram seus hábitos e suas condições físicas sem ocorrer mensuração direta. Portanto, estudos prospectivos com utilização de marcadores bioquímicos e avaliações clínicas são

necessários para melhor elucidar a questão de pesquisa. Mais além, devemos contar com a presença de viés residual, que não pode ser descartado, pois existem outros fatores que podem influenciar na presença e no desenvolvimento das DCVs que não foram avaliados no presente estudo. Por outro lado, ao utilizar-se de um modelo teórico robusto e abordando os aspectos psicossociais forma mais abrangente bem como suas interrelações pode contribuir para geração de novas hipóteses frente às variadas doenças crônicas não transmissíveis, como as DCVs. Todos os testes, exceto o qui-quadrado, demonstraram um excelente ajustamento do modelo final. Neste sentido, há de se ressaltar que o teste do qui-quadrado é muito sensível ao tamanho da amostra, a qual no nosso caso é bastante expressiva, e portanto não tem sido recomendado como base para aceitação ou rejeição de modelos estatísticos^{41, 42}.

Estudos como tal podem ser de valia para abordagens na saúde pública, pois podem contribuir para análise de questões ainda abertas como quais fatores influenciam no desenvolvimento das DCVs e se há implicações somente orgânicas ou também mais amplas envolvendo os aspectos psicossociais. Para a população estudada, os resultados sugerem que os aspectos psicossociais podem influenciar a presença de DCVs ou seus fatores de risco.

REFERÊNCIAS

1. Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT, et al. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the "sense of coherence scale" in mothers of preschool children Revista Interamericana de Psicologia. 2009; 43: 144-53.
2. Bentler PM and Stein JA. Structural equation models in medical research. Stat Methods Med Res. 1992; 1: 159-81.
3. Organization WH. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014.
4. CDC CfDCaP. Heart Disease Facts. 2015.
5. Saúde Md. Portal Brasil. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país. 2011.
6. Simao AF, Precoma DB, Andrade JP, et al. I cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - executive summary. Arq Bras Cardiol. 2014; 102: 420-31.
7. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 865-84.

8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013; 34: 2159-219.
9. Sociedade Brasileira de C, Sociedade Brasileira de H and Sociedade Brasileira de N. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensao. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95: 1-51.
10. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevencao da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 101: 1-20.
11. Excellence NIfHaC. The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults. London 2011.
12. Organization WH. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva. 2011: 155.
13. Hemingway H and Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. 1999.
14. Glozier N, Tofler GH, Colquhoun DM, et al. Psychosocial risk factors for coronary heart disease. *Med J Aust*. 2013; 199: 179-80.
15. Macleod J and Davey Smith G. Depression as risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*. 2003; 362: 1500-1; author reply 1-2.
16. Backes V, Olinto M, Henn R, Cremonese C and Pattussi M. Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. *CadSaude Publica*. 2011; 27: 573-80.
17. Cremonese C, Backes V, Olinto M, Dias-da-Costa J and Pattussi M. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. *CadSaude Publica*. 2010; 26: 2368-78.
18. Sherbourne C and Stewart A. The MOS social support survey. *Social science & medicine*. 1991; 32: 705-14.
19. Griep R, Chor D, Faerstein E and Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pro-Saude. *Cadernos de saude publica*. 2003; 19: 625-34.
20. Wagnild G and Young H. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*. 1993; 1: 165-78.

21. Pesce RP. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos Saúde Pública*. 2005; 21: 436-48.
22. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*. 1993; 36: 725-33.
23. Freire M, Sheiham A and Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2001; 29: 204-12.
24. Schmidt S, Muhlan H and Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *European journal of public health*. 2006; 16: 420-8.
25. da Rocha N, Power M, Bushnell D and Fleck M. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2012; 15: 449-57.
26. Wannmacher L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Brasília: OPAS/OMS – Representação Brasil, 2016.
27. Egan M and et a. Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review. . *BMC Public Health*. 2008; 8: 239.
28. McEwen B. Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiological Reviews*. 2007; 87: 873–904.
29. Gottlieb M and et a. Transição epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva. *Scientia Medica (Porto Alegre)*. 2011; 21: 69-80.
30. Koenig H. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012; 2012: 278730.
31. Neill JT. Adventure education and resilience: the double-edged sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*. 2001; 1: 35-42.
32. Siegrist J and Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Social science & medicine*. 2004; 58: 1463-73.
33. Moskowitz D and et a. Reconsidering the Effects of Poverty and Social Support on Health: A 5-Year Longitudinal Test of the Stress-Buffering Hypothesis. . *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2012; 90.

34. Noronha MG, Cardoso PS, Moraes TN and Centa Mde L. Resiliencia: nova perspectiva na promocao da saude da familia? Cien Saude Colet. 2009; 14: 497-506.
35. Dalgard OS and Lund Haheim L. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. J Epidemiol Community Health. 1998; 52: 476-81.
36. Andrade GRB and Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2002; 7: 925-34.
37. Pietrukowicz MCLC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação de mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz. 2001: 129.
38. Fischer S and et a. Stress and Resilience in Functional Somatic Syndromes – A Structural Equation Modeling Approach. . Plos One. 2014; 9: e111214.
39. Luthar SS, Cicchetti D and Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev. 2000; 71: 543-62.
40. Minayo M and et a. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. . Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5: 7-18.
41. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H and Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. Methods of Psychological Research Online. 2003; 8: 23-74.
42. Vandenberg R. Statistical and Methodological Myths and Urban Legends. Organizational Research Methods. 2006; 9: 194-201.

TABELA - Proporção de DCV, HAS, Dislipidemia e IMC \geq 25 de acordo com aspectos psicossociais e demográficos.

Variáveis	n	%DCV (12,4)	%HAS (32,1)	%Dislipidemia (19,4)	%IMC \geq 25 (48,6)
Sexo					
Masculino	310	8,8	29,2	16,5	53,1
Feminino	790	13,8	33,2	20,5	46,7
Idade					
18-39	429	2,3	15,9	7,4	35,5
40-59	475	11,8	35,7	22,2	54,4
\geq 60	196	36,1	58,7	38,7	63,6
Cor da pele					
Branco	922	12,5	30,5	20,1	48,2
não branco	176	11,5	40,3	15,9	50
Estado civil					
com parceiro	615	10,4	34,2	20,7	53,2
sem parceiro	485	14,9	29,5	17,7	42,7
Anos de estudo					
0-5	349	18,8	42,7	23,7	57,2
6 a 10	330	11,1	31,3	18,9	46,5
\geq 11	388	7	22,2	15,9	43,9
Renda					
0-3,8	357	16,3	36	20,7	48,9
3,81-7,29	354	10,7	32,3	18,4	48,8
\geq 7,3	357	9	27,9	19,5	48,3
Atividade física					
Não realiza (0 min)	283	16,5	35,6	19,4	56,2
Realiza (>10 min contínuos semana)	817	10,9	30,9	19,4	46
Fumo					
não fumante	736	13,5	33,4	20,9	52,5
Fumante	364	10,1	29,5	16,3	40,7
Consumo frutas/vegetais					
Inadequado (<3 frutas e <5 porções de legumes/dia)	972	12	31,7	18,3	48,7
Adequado (\geq 3 frutas e \geq 5 porções de legumes/dia)	128	14,8	35,2	27,6	47,5
Consumo de álcool (em unidades de álcool mês)					
Não	1037	12,7	32,5	19,8	48,8
Sim	60	6,8	25,4	11,9	43,1
Apoio social (0-100)					
baixo (0-80,3)	346	16,4	36,9	19,2	53,3
moderado (80,4-99)	368	11,2	29	18,7	45,8
alto (100)	381	9,8	30,7	20,4	47,1
Senso de coerência (0-100)					
baixo (0-54)	366	13,1	33,5	21,8	48,1
moderado (55-63)	354	16	32,9	21,6	46,1
alto (64-100)	371	7,3	29,2	14,8	50,1
Resiliência (0-100)					
baixo (0-68)	351	15,8	35	19,1	48,5
moderado (69-73)	373	13	33,6	18,3	52,5
alto (74-100)	368	8,2	27,2	20,6	44,2
Qualidade de vida (0-100)					
baixo (0-56)	379	20,4	38,8	23,4	55,9
moderado (57-67)	402	9	30,8	16,9	45,6
alto (68-100)	311	7,1	24,8	17,6	43,8

Observações: Valores em negrito representam significância estatística ($p < 0,05$). Variáveis psicossociais foram categorizadas com base nos tercís.

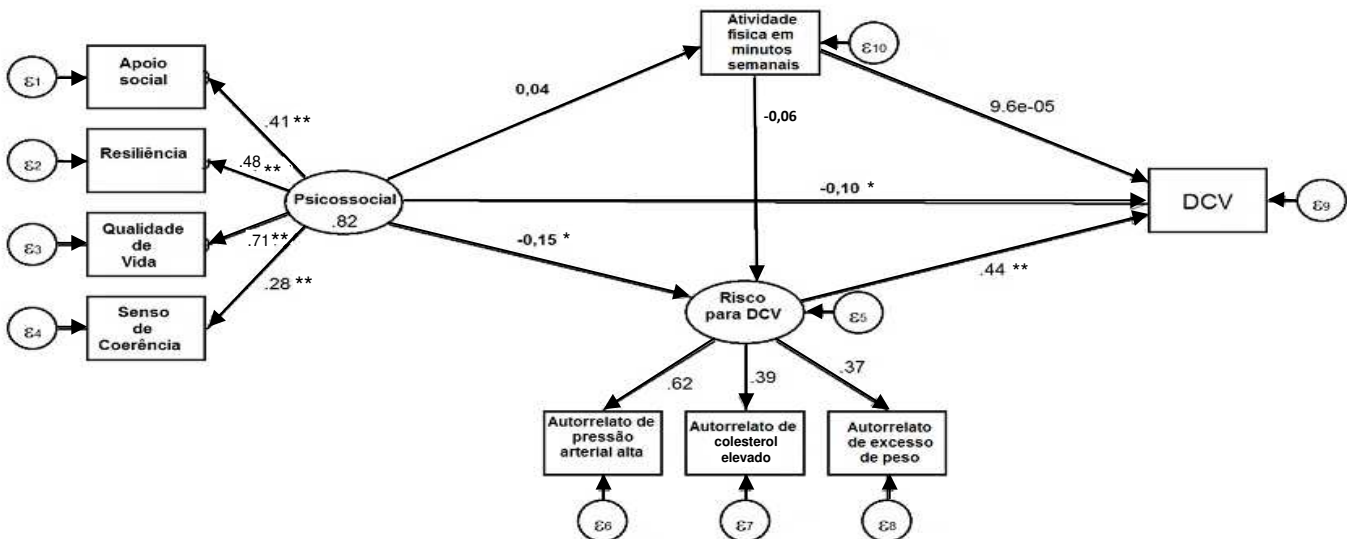


FIGURA – Modelo de equações estruturais para a influência dos aspectos psicossociais nas doenças cardiovasculares (DCV) e Risco para DCV.

Observação controlado para sexo, idade, situação conjugal, renda e escolaridade.

*P<0,05

**P<0,01

ANEXOS

SUMÁRIO ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	85
ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	99
ANEXO III - ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS	100
ANEXO IV - ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS DAS ESCALAS	101
ANEXO V – MODELO DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS.....	102

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Questionário Cooperação e Solidarietà
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Nível: Mestrado

DADOS GERAIS E DEMOGRAFICOS

Vamos começar este estudo lhe fazendo algumas perguntas sobre você:	
Número do setor: _ _ _ _	id _ _ _ _
Data da entrevista: _ / _ / _	setor _ _ _ _
Nome do entrevistado:	data _ _ _ _
Endereço:	_ / _ / _
Entrevistador: _____	entrev _ _
Ponto de referência:	
Telefone: _____ Celular: _____	
1. Observar: Cor de pele: (A)Amarelo (B)Branco (N)Negro (P)Pardo	etnia _
2. Observar: Sexo: (1) Homem (2)Mulher	sexo
3. Quantos anos o Sr. (a) têm? _____	idade _ _
4. Qual é o seu estado civil? (1)Solteiro(a) (2)Casado(a) (3)em união (4)Divorciado ou separado (5)Viúvo(a) (6)Outra situação	ecivil
5. Há quanto tempo você mora em São Leopoldo? _____ anos	sleoa _ _
6. Há quanto tempo você mora no seu bairro? _____ anos	bairro
7. Há quanto tempo você mora no seu endereço atual? _____ anos	endera _ _

AUTORIZAÇÃO- TCLE

Após ter sido informado e entendido as características deste estudo, concordo em participar. Declaro ainda ter recebido uma via do termo de consentimento.

São Leopoldo, __ de _____ de 200_.

 Nome do Participante
 (por extenso)

 Assinatura do participante

QUALIDADE DE VIDA

8. Este bloco de questões, pergunta como você se sente em relação a sua qualidade de vida, saúde ou outras áreas de sua vida. Nos gostaríamos que você pensasse em sua vida nas últimas duas semanas.						
<i>Use o cartão respostas nº 1</i>	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
a)Quão satisfeito você está com sua saúde?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	satisfaa _
b)Quão satisfeito você está com sua habilidade para desempenhar suas atividades diárias?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	satisfab _
c)Quão satisfeito você está com você mesmo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	satisfac _
d)Quão satisfeito você está com seus relacionamentos pessoais?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	satisfad _
e) Quão satisfeito você está com as condições de sua moradia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	satisfae _
f)Como você classificaria sua qualidade de vida?						qualvida _
(1)Muito ruim	(2)Ruim		(3)Nem ruim nem boa			
(4)Boa	(5)Muito boa					
g)Você tem energia suficiente para enfrentar seu dia-a-dia?						energiad _
(1)Nenhuma	(2)Pouca		(3)Mais ou menos			
(4)Muita	(5)Total					

HÁBITOS ALIMENTARES

26. As próximas perguntas são sobre a sua alimentação:		
a) Quantas frutas você come ou copos de suco natural de fruta você toma por dia? (1) Não como fruta nem tomo suco natural de fruta (2) Uma (3) Duas (4) Três (5) Quatro ou mais		frutas _
b) Quantas colheres de sopa de verduras ou legumes você come por dia? (1) Não como verduras ou legumes (2) Uma a quatro colheres de sopa (3) Cinco a oito colheres de sopa (4) Nove ou mais colheres de sopa		legume _
c) Quantas vezes por semana você come um destes alimentos: feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou fava? (1) Nenhuma (2) Uma vez (3) Duas vezes (4) Três vezes (5) Quatro ou mais		graos _
d) Quantas colheres de sopa de arroz, farinha ou macarrão você come por dia? (1) Nenhuma (2) Uma a cinco colheres de sopa (3) Seis a dez colheres de sopa (4) Onze ou mais colheres de sopa		carboi _
e) Quantos pedaços de carne de boi, porco, frango, peixe ou ovos você come por dia? (1) Zero a um pedaço ou um ovo (2) Dois pedaços ou dois ovos (3) Mais de dois pedaços ou mais de dois ovos		carne _
f) Quando você come carne vermelha (de gado) ou de frango você tira a gordura que aparece? (1) Não (2) Sim		carne g _
g) Pensando nos seguintes alimentos: frituras, embutidos como mortadela e lingüiça. Quantas vezes por semana você costuma comer qualquer um deles? (1) Todo dia (2) De quatro a cinco vezes por semana (3) De duas a três vezes por semana (4) Uma ou menos que 1 vez por semana (5) Menos que uma vez por mês (6) Não como		fritura _
h) Com que frequência você costuma comer doces, balas ou bolos? (1) Varias vezes durante o dia (2) Todo dia (3) De 4 a 5 vezes por semana (4) De duas a três vezes por semana (5) Uma ou menos de 1 vez por semana (6) Menos que uma vez por mês (7) Não como balas, doces e bolos.		doces _
i) Qual o tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos? (1) Banha animal ou manteiga (2) Margarina ou gordura vegetal (3) Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola (4) Azeite de oliva		oleos _
j) Você costuma colocar mais sal na comida que está no seu prato? (0) Não (1) Sim (3) Às vezes		sal _
l) Você costuma trocar o almoço ou o jantar por lanches? (0) Não (1) Sim (3) Às vezes		lanches _
m) Quantos copos d'água você bebe por dia? (1) Nenhum (2) Menos de um (3) Um a dois copos (4) Três a quatro copos (5) Cinco a sete copos (6) Oito ou mais copos		agua _
n) Com que frequência você costuma consumir bebidas alcoólicas? (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Raramente (5) Nunca		bebida _

ATIVIDADES FÍSICAS

<p>27. As perguntas seguintes estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física contínua na ÚLTIMA semana. Estas perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:</p>	
<p>a) Em quantos dias da última semana você caminhou em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? Dias: _____ por SEMANA (0) Nenhum Pule para questão "c"</p>	caminha _
<p>b) Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? Horas: _____ Minutos: _____ (888) NSA</p>	tcaminha ---
<p>c) Você realizou alguma atividade física, por pelo menos, 10 minutos contínuos na última semana? (exceto caminhada) (1) Não Pule para nº 28 (2) Sim</p>	atfisi _
<p>Para responder as questões lembre que:</p> <p>⇒ Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.</p> <p>⇒ Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.</p>	
<p>d) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS? Como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) dias _____ por SEMANA (0) Nenhum Pule para a questão a letra "f"</p>	noderada _
<p>e) Nos dias em que você fez essas atividades moderadas, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? horas: _____ Minutos: _____ (888) NSA</p>	moderad ---
<p>f) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS? Como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. dias _____ por SEMANA (0) Nenhum Pule para a questão nº 28</p>	vigorosa _
<p>g) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? horas: _____ Minutos: _____ (888) NSA</p>	vigoros ---
<p>28. E no caso do seu trabalho, com relação ao esforço físico, como o (a) Sr.(a) classificaria? (1) Não trabalho Pule para questão nº 30 (2) muito pesado (3) pesado (4) leve (5) muito leve (9) IGN</p>	físico _
<p>29. Para ir de sua casa ao trabalho, o (a) Sr. (a) costuma ir de: (0) Trabalha em casa (1) Carro/Moto (2) Ônibus/metro/trem (3) Caminhando (4) Bicicleta (8) NSA</p>	como _

APOIO SOCIAL

59. Agora, vamos lhe pedir sobre o seu relacionamento com as pessoas. Com que frequência você poderia contar com a ajuda de alguém:						
<i>Use o cartão respostas nº 3</i>	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre	
(a) Se ficar de cama?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoiaa _
(b) Para levá-lo ao médico?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoiob _
(c) Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoioc _
(d) Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoiod _
(e) Que demonstre amor e afeto por você?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoioe _
(f) Que lhe dê um abraço?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoiof _
(g) Que você ame e que faça você se sentir querido?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoiog _
(h) Para ouvi-lo, quando você precisar falar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoioh _
(i) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi oi _
(j) Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi oj _
(l) Que compreenda seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi ol _
(m) Para lhe dar bons conselhos em situações de crise?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi om _
(n) Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi on _
(o) De quem você realmente quer conselhos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi oo _
(p) Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	oiop _
(q) Com quem fazer coisas agradáveis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi oq _
(r) Com quem distrair a cabeça?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi or _
(s) Com quem relaxar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi os _
(t) Para se divertir junto?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	apoi ot _

RESILÊNCIA

60. Vou ler várias afirmações, gostaríamos que você desse a sua primeira impressão, sem pensar muito e sem se preocupar com a sua resposta.						
<i>Use o cartão respostas nº4</i>	Discordo total	Discordo	Não conc. nem discordo	Concordo	Concordo total	
a) Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilia _
b) Eu geralmente consigo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilib _
c) Eu sou capaz de depender de mim mesmo mais do que qualquer outra pessoa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilic _
d) Manter interesse nas coisas é importante para mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilid _
e) Eu me viro sozinho se for preciso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilie _
f) Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilif _
g) Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilig _
h) Eu sou amigo de mim mesmo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilih _
i) Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilii _
j) Eu sou determinado (a).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilij _
l) Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilil _
m) Eu faço as coisas um dia de cada vez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilim _
n) Eu posso enfrentar tempos difíceis porque eu já experimentei dificuldades antes.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilin _
o) Eu sou disciplinado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilio _
p) Eu mantenho interesse nas coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilip _
q) Eu normalmente acho motivo para rir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliq _
r) Minha crença em mim mesmo me leva a superar tempos difíceis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilir _
s) Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilis _
t) Eu geralmente consigo olhar uma situação de diversas maneiras	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilit _
u) Às vezes eu me esforço para fazer coisas querendo ou não.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliu _
v) Minha vida tem sentido.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliv _
x) Eu não insisto nas coisas as quais não posso fazer nada sobre elas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilix _
z) Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliz _
aa) Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilaa _
bb) Tudo bem se existem pessoas que não gostam de mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilbb _

ESPIRITUALIDADE

61. Vamos continuar com as afirmações, agora sobre fé e religiosidade:						
<i>Use o cartão respostas nº4</i>	Discordo total	Discordo	Não conc. Nem discordo	Concordo	Concordo total	
a)No futuro, a ciência será capaz de explicar tudo, não necessitando mais de explicação da religião ou da fé.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spiria _
b)Eu consigo me encontrar na religião ou na fé.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirib _
c)Uma pessoa pode se sentir completa se tem fé ou se segue uma religião.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spiric _
d)Eu sou grato por tudo que tem acontecido comigo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirid _
e)A fé e as atividades espirituais ajudam a me aproximar das outras pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirie _
f)Algumas experiências só podem ser entendidas através da fé e das crenças religiosas da pessoa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirif _
g)Uma força divina e religiosa influencia os eventos em minha vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirig _
h)Minha vida tem um sentido.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirih _
i)Orações mudam realmente o que acontece.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirii _
j)Participar de atividades religiosas me ajuda a perdoar as outras pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirij _
l)Minhas crenças evoluem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spiril _
m)Eu acredito que existe um poder maior que eu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirim _
n)Eu provavelmente irei rever minhas crenças religiosas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirin _
o)Minha fé ou religião me completam de uma maneira que as coisas materiais não conseguem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirio _
p)Atividades de fé religiosa me ajudam a desenvolver minha personalidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirip _
q)Reflexão interior me ajuda a entrar em contato comigo mesmo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spiriq _
r)Eu tenho um relacionamento pessoal com uma força maior que eu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirir _
s)Eu fui pressionado a aceitar crenças religiosas que eu não concordo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spiris _
t)Atividades religiosas ajudam a me aproximar de uma força maior que eu mesmo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	spirit _

Vou lhe dar um cartão com outras respostas possíveis que pedem com que frequência você age em cada uma das seguintes situações						
<i>Use o cartão respostas n°3</i>	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
u) Quando eu faço algo de errado, eu me esforço para me desculpar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espiriu _
v) Quando faço algo não correto, fico envergonhado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espiriv _
x) Eu resolvo meus problemas sem utilizar os meios da fé ou da religião.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espirix _
z) Eu examino meus atos para ver se eles refletem as idéias que conduzem minha vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espiriz _
(aa) Quantas vezes aproximadamente, você orou/rezou na última semana? (1) Nenhuma vez. (2) Uma a três vezes (3) Quatro a seis vezes (4) Sete a nove vezes (5) Dez ou mais vezes						espiraa _
(bb) Quantas vezes você leu ou refletiu sobre um texto religioso ou espiritual, na última semana? (1) Nenhuma vez. (2) Uma a três vezes (3) Quatro a seis vezes (4) Sete a nove vezes (5) Dez ou mais vezes						espirbb _
(cc) Quantas vezes você participou de atividades religiosas em grupo ou foi a algum lugar de culto ou à uma igreja, no mês passado? (1) Nenhuma vez. (2) Uma a três vezes (3) Quatro a seis vezes (4) Sete a nove vezes (5) Dez ou mais vezes						espircc _
62. Qual a sua religião? (1) Católica (2) Evangélica/ Pentecostais (3) Espírita (4) Protestante tradicional (5) Candomblé/Ubanda (6) Religiões orientais (7) Ateu (8) Sem religião (9) Outra:						religião _

SAUDE

9. Agora, queremos saber a sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você está sendo capaz de desempenhar suas atividades habituais. Por favor, para cada uma das perguntas a seguir indique a resposta que melhor corresponde a sua opinião.						
a) Em geral, você diria que sua saúde está: (1)Excelente (2) Muito Boa (3)Boa (4)Razoável (5)Ruim					sf12a _	
Os itens seguintes são sobre as atividades que você provavelmente faz durante um dia comum. A sua saúde limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?						
		Sim, limita muito.	Sim, limita um pouco.	Não, não limita nem um pouco.		
b) Atividades moderadas, tais como arrastar uma mesa, varrer a casa ou jogar bola.	(1)	(2)	(3)		sf12b _	
c) Subir vários lances de escada.	(1)	(2)	(3)		sf12c _	
Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma outra atividade diária habitual, por causa de sua saúde física?						
<i>Use o cartão de respostas nº 2</i>	O tempo todo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
d) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	sf12d
e) Esteve limitado/a no tipo de trabalho que você faz ou em outras atividades?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	sf12e
Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma outra atividade diária habitual, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido/a ou ansioso/a) ?						
<i>Use o cartão de respostas nº 2</i>	O tempo todo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
f) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	sf12f _
g) Trabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	sf12g _
h) Nas últimas 4 semanas, durante quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?						sf12h _
(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Moderadamente (4) Bastante (5) Extremamente						
As perguntas desta questão são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor, dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo...						
<i>Use o cartão respostas nº 2</i>	O tempo todo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
i) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	sf12i _
j) se sentiu com muita energia (disposição)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	sf12j _ sf12l _
l) se sentiu desanimado/a e deprimido/a?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
m) Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram em suas atividade sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?						sf12m _
(1) O tempo todo (2) A maior parte do tempo (3) Alguma parte do tempo (4) Uma pequena parte do tempo (5) Nunca						















Para finalizar, iremos fazer algumas perguntas sobre você e sobre a sua casa:	
76. Você é o chefe da família? (1)Não (2)Sim Pule para questão n° 78	chefe _
77. Até que ano (série completa) o chefe da família estudou? série do grau (88)NSA	escolcf _ _
78. Até que ano (série completa) você estudou? série do grau	escolvc _ _
79. Você está trabalhando? (1)Não Pule para n° 82 (2)Sim	trabalho _
80. Onde o sr. (a) trabalha? (1)Setor privado (2)Setor público (8)NSA	setraba _
81. Qual a sua situação ocupacional? (1)Empregado com carteira de trabalho assinada. (2)Empregado sem carteira assinada (3)Conta própria: (4)Autônomo (5)Bico (6)Empregador (7)Trabalho não remunerado. Tipo: (8)Aposentado ou pensionista (9)Desempregado (11)Funcionário público	situtrab -- ttrab _____
82. Qual a sua profissão? _____.	profiss _____
83. Quantas peças existem nesta casa, tirando a garagem e o banheiro? _____ peças.	peças _ _
84. Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas.	peessoa _ _
85. Você tem algum tipo de empregado/a mensalista? (0)Não Sim. Quantos? (1)um (2)dois ou mais	empreg _
86. No mês passado, quanto o Sr. (Sra.) ganhou em salários mínimos (cerca de R\$300,00)? Pessoa 1 : SM ou R\$. , por mês	renda -- ' --
87. No mês passado, outras pessoas que moram aqui receberam algum tipo de remuneração? Quem? Quanto? Pessoa 2: SM ou R\$. , por mês Pessoa 3 : SM _ _ ou R\$ _ _ _ _ _ _ por mês Total (calcule depois da entrevista): _ _ , _ SM Pessoa 4: SM ou R\$. , por mês Pessoa 5: SM ou R\$. , por mês	rendafam -- ' --
88. Como você se sente quanto a quantidade de dinheiro para satisfazer suas necessidades? (1)Muito insatisfeito (2)Insatisfeito (3)Nem satisfeito nem insatisfeito (4)Satisfeito (5)Muito satisfeito	satisfaf _
89. Por favor, responda quais e quantos destes itens vocês possuem em casa. Considere somente os aparelhos que estejam funcionando no momento: Rádio (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais TV a cores (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Aspirador de pó (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Maquina de lavar (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Banheiro (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Vídeo cassete /dvd (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Carro (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Geladeira (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais Freezer (0)Não Sim. quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	radio _ tv _ aspir _ mlavar _ banho _ video _ carro _ gelad _ freezer
Agradecemos muito a sua colaboração para esta pesquisa.	

Agora, além de fazer algumas perguntas sobre saúde, iremos fazer algumas perguntas sobre os serviços de saúde, a qual o Senhor (Senhora), tem tido acesso:			
12. Quantas vezes você consultou com um médico no último mês? (se nenhuma pule para n°14)	(se nenhuma pule para n°14)		medico _ _
13. Onde você foi atendido?	(1)Posto de saúde, CAPS, centro de saúde	(2)Médico particular	ndemed
(3)SESC / SESI	(4)Ambulatório de sindicato/empresa	(8)NSA	ndemo
(5)Outro	(8)NSA		
14. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem:	Não	Sim	IGN
a) Pressão alta	(0)	(1)	(9)
b) Doenças do coração	(0)	(1)	(9)
c) Colesterol elevado (e/ou triglicérides elevado)	(0)	(1)	(9)
d) Osteoporose	(0)	(1)	(9)
e) Diabetes	(0)	(1)	(9)
f) Depressão	(0)	(1)	(9)
15. Você foi hospitalizado no último ano? (0)Não Pule para a questão n°17	(1)Sim		ospital _ hospita
16. Qual o motivo da hospitalização?	(9)IGN	(8)NSA	
17. Você tem algum plano de saúde?	(0)Não	(1)Sim	lanos _
18. Alguma vez você já teve derrame?	(0)Não	(1)Sim	(9)IGN
19. Alguma vez você já teve infarto?	(0)Não	(1)Sim	(9)IGN
20. Alguma outra doença que lhe faça tomar remédios todos os dias?	(0)Não	Se SIM, qual? _____	
			doenca

SENSE DE COERÊNCIA

58. As próximas questões são sobre vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem 7 respostas possíveis, 7 números. Diga o número que melhor expressa os seus sentimentos:										
a) Você tem a sensação de que não se interessa realmente pelo que se passa ao seu redor? (Use T1)	Muito Raramente ou nunca	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito frequentemente	(7)	oca
b) Já lhe aconteceu no passado você ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem? (Use T2)	Nunca aconteceu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Sempre Aconteceu	(7)	ocb _
c) Já lhe aconteceu ter ficado desapontado com pessoas em quem você confiava? (Use T2)	Nunca aconteceu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Sempre Aconteceu	(7)	occ _
d) Até hoje a sua vida tem sido: (Use T3)	Sem nenhum objetivo ou meta clara	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Com objetivos e metas muito claros	(7)	ocd _
e) Você tem a impressão de que você tem sido tratado com injustiça? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	oce _
f) Você tem a sensação de que você está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?(T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	ocf _
g) Aquilo que você faz diariamente é: (Use T5)	Uma fonte de profundo prazer e satisfação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento	(7)	ocg _
h) Você tem idéias e sentimentos muito confusos? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	och _
i) Você costuma ter sentimentos que gostaria de não ter? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	oci
j) Muitas pessoas (mesmo as que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que freqüência você já se sentiu fracassado no passado? (Use T1)	Nunca	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito frequentemente	(7)	ocj
l) Quando alguma coisa acontece na sua vida, você geralmente acaba achando que: (Use T6)	Você deu maior ou menor importância ao que aconteceu, do que deveria ter dado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Você avaliou corretamente a importância do que aconteceu.	(7)	ocl _
m) Com que freqüência você tem a impressão de que existe pouco sentido nas coisas que você faz na sua vida diária? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	ocm _
n) Com que freqüência você tem sentimentos que você não tem certeza que pode controlar? (T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	ocn _

ESTRESSE

10. Estas perguntas são sobre como tem sido sua vida:	
<p>a) Vou lhe mostrar algumas expressões, por favor, escolha qual representa melhor a maneira como você (Sr. /Sra.) se sentiu a maior parte do tempo dos últimos 12 meses?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">        </div> <p style="text-align: center;">(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)</p>	nervoa _
<p>b) Você se sente uma pessoa nervosa? (1)Não (2)Às vezes (3)Sim</p>	nervob _
<p>c) Você se sentiu estressado nos últimos 3 meses? (1)Não Pule para a pergunta "e" (2) Sim</p>	nervoc _
<p>d) Qual das expressões melhor representa o nível de estresse nos últimos 3 meses?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">        </div> <p style="text-align: center;">(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)</p>	nervod _
Algumas seguintes situações ocorreu com o Sr(a) nos últimos 12 meses:	
<p>e) Morreu alguém de sua família ou outra pessoa muito importante para o(a) Sr (a)? (1)Não (2)Sim</p>	nervoe _
<p>f) O(a) Sr(a) tem alguma pessoa da família que more na sua casa e que tenha uma doença grave? (1)Não (2)Sim</p>	nervof _
<p>g) O(a) Sr (a) perdeu o emprego? (1)Não (2)Sim</p>	nervog _
<p>h) O(a) Sr (a) se separou do(a) companheiro(a)? (1)Não (2)Sim</p>	nervoh _
<p>i) O(a) Sr (a) sofreu algum tipo de acidente que precisou de consulta médica? (1)Não (2)Sim</p>	nervoi _

ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****RESOLUÇÃO 001/2005**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Número: N.º CEP 04/034


Coordenador: Prof. Marcos Paschoal Patussi

Título: *Estudo exploratório do capital social em São Leopoldo*

Parecer: o projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O professor deve encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 96/96, item VII.13, letra d.

São Leopoldo, 05 de janeiro de 2005.


Prof. José Roque Junges
Coordenador CEP/UNISINOS

ANEXO III - ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,531	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
apoio social 0-100	190,1509	554,402	,343	,493
resiliênciacont 0-100	203,3694	961,489	,377	,454
qvida0_100	214,3525	774,640	,396	,393
soc0100	216,7355	941,874	,269	,501

ANEXO IV - ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS DAS ESCALAS

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,678
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	348,220
	df	6
	Sig.	,000

Component Matrix^a

	Component
	1
apoio social 0-100	,648
resiliênciacont 0-100	,701
qvida0_100	,721
soc0100	,570

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Communalities

	Extraction
apoio social 0-100	,420
resiliênciacont 0-100	,491
qvida0_100	,520
soc0100	,325

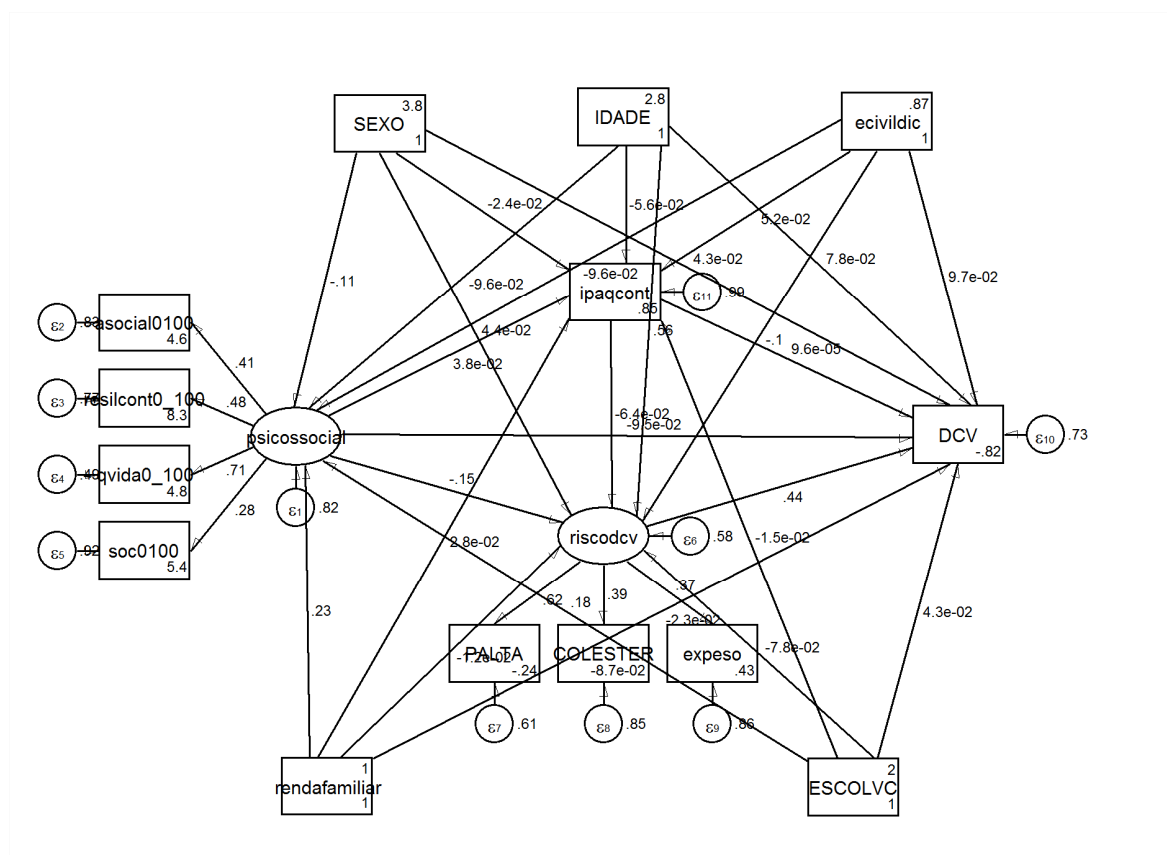
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,756	43,898	43,898

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ANEXO V – MODELO DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS



Modelo de equações estruturais controlado para aspectos psicossociais e demográficos.