

Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015)

Marital change and incidence of health protection behaviors in adults 40 years old or older: VigiCardio study (2011-2015)

André Ulian Dall Evedove^{1*} , Mara Solange Dellaroza² , Wladithe Organ Carvalho² ,
Mathias Roberto Loch³ 

¹Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.

²Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.

³Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.

Como citar: Evedove AUD, Dellaroza MS, Carvalho WO, Loch MR. Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015). *Cad Saúde Colet*, 2021;29(3):433-443. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129030453>.

Resumo

Introdução: A mudança na situação conjugal é recorrente em qualquer sociedade e tem relação com comportamentos de saúde. Entretanto, existem poucos estudos longitudinais com esse tema. **Objetivo:** Verificar a incidência de comportamentos de proteção à saúde segundo a mudança na situação conjugal, após quatro anos, em pessoas de 40 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Método:** Estudo longitudinal com sujeitos de 40 anos ou mais entrevistados em 2011 e em 2015 (n = 883). As variáveis dependentes foram as incidências da atividade física no tempo livre, consumo de frutas (CRF), consumo de verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool, enquanto a variável independente foi a manutenção ou a mudança da situação conjugal. Os dados foram analisados pelo teste do qui-quadrado e pela regressão de Poisson bruta e ajustada. **Resultados:** Tendo como grupo referência aqueles que se mantiveram com companheiro(a), foram observadas maior incidência de abandono ao tabaco (RR = 3,23; IC95%: 1,40-7,43) e menor incidência no CRF (RR = 0,47; IC95%: 0,23-0,97) naqueles que deixaram de ter companheiro(a) e maior incidência no CRF (RR = 2,04; IC95%: 1,26-3,29) nos que passaram a ter companheiro(a). Nos demais comportamentos, não houve diferenças. **Conclusão:** Foi constatada que a mudança da situação conjugal teve relação moderada com a incidência de comportamentos de proteção à saúde.

Palavras-chave: estilo de vida; comportamentos relacionados com a saúde; casamento; divórcio; estudos longitudinais.

Abstract

Background: The change in the marital situation is recurrent in any society and is related to health behaviors. However, there are few studies on this topic in Latin America. **Objective:** To verify the incidence of health protection behaviors according to changes in the marital situation, after four years, in people aged ≥ 40 years in a city in the south of Brazil. **Method:** The dependent variables were: physical activity in free time, consumption of fruits, consumption of vegetables, smoking and abusive alcohol consumption (AAC), and independent marital status and its maintenance or change. The data were analyzed using the chi-square test and the adjusted Poisson regression. **Results:** Having as a reference group of those who



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.

Correspondência: André Ulian Dall Evedove. E-mail: uliang@uol.com.br

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

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 19, 2019. Aprovado em: Jul. 20, 2020.

keep their partner, a higher incidence of smoking cessation was observed (RR= 3,23; IC95%:1,40-7,43) and a lower incidence of regular fruit consumption (RR=0,47; IC95%:0,23-0,97) were observed in those who finished the marital relationship. Those who started a marital relationship had higher incidence of fruit consumption (RR= 2,04; IC95%1,26-3,29). **Conclusion:** It was observed a moderate relation between the marital situation and health behaviors.

Keywords: lifestyle; health behavior; marriage; divorce; longitudinal studies.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem sido observado um aumento da carga de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{1,2}. A inatividade física³, o consumo irregular de frutas, verduras e legumes⁴, o consumo abusivo de álcool⁵ e o tabagismo⁶ são alguns fatores de risco relacionados às DCNT. Nesse período, importantes políticas públicas e ações de saúde foram direcionadas para o enfrentamento desses fatores de risco^{7,8}.

A adoção de qualquer comportamento é complexa e abrangente. Embora, atualmente, permaneça o domínio de uma abordagem individual e biológica no cuidado em saúde, centrada no estilo de vida sob a sua perspectiva individual, várias discussões têm surgido em torno da promoção de saúde, com uma abordagem mais ampliada envolvendo fatores sociais, ambientais, econômicos, políticos e pessoais^{9,10}.

A situação conjugal e/ou sua mudança são aspectos que se relacionam com os indicadores de saúde. Em geral, estudos indicam que sujeitos casados ou em união estável têm menor mortalidade¹¹⁻¹³, adotam menos comportamentos de risco relacionados à saúde^{14,15} e têm melhor autopercepção de saúde na comparação com divorciados(as)/separados(as), solteiros(as) ou viúvos(as)^{16,17}. Por outro lado, a mudança na situação conjugal com comportamentos de saúde apresenta resultados divergentes^{18,19}. Kutob et al.¹⁸ observaram que as mulheres que se divorciaram/separaram tiveram maiores chances de serem ativas fisicamente, mas também maiores chances de consumirem tabaco quando comparadas com aquelas que se mantiveram casadas. Por outro lado, mulheres que se casaram pela primeira vez tiveram maiores chances de possuir melhores hábitos alimentares e de ser mais ativas fisicamente.

De acordo com o código civil brasileiro²⁰, cinco são os tipos de estado civil reconhecidos: solteiro(a), casado(a), divorciado(a), separado(a) e viúvo(a). Outras formas de relação entre casais, por exemplo, a união estável, não são consideradas como tipos de estado civil. Entretanto, em muitos estudos, a união estável é agrupada com casados, sendo comum a separação dos grupos com companheiro(a) e sem companheiro(a)^{11-15,18,19}. A maior parte das pessoas muda a situação conjugal em algum momento de suas vidas (só não passam por alguma mudança aquelas que permanecem solteiras durante toda a vida). No Brasil, a incidência do divórcio das relações conjugais formais, ou seja, aquelas com registro em cartório, apresentou crescimento de 161% entre 2004 e 2014²¹.

Estudos epidemiológicos longitudinais que associam a mudança da situação conjugal com os indicadores de saúde são pouco frequentes, sendo a maior parte realizada no hemisfério norte, especialmente nos Estados Unidos^{18,22-26} e em países da Europa^{19,27}. No entanto, essa temática não foi encontrada na América Latina. Dado esse cenário, uma melhor compreensão do tema pode possibilitar um olhar mais ampliado do cuidado, contribuindo para a busca por uma ação integral em saúde e com equidade, além de fornecer informações que podem ser úteis para o planejamento de ações que busquem a promoção de comportamentos saudáveis.

Dado esse contexto, o objetivo deste estudo foi verificar a incidência de comportamentos de proteção à saúde segundo a mudança na situação conjugal, após quatro anos, em pessoas de 40 anos ou mais, de uma cidade do Sul do Brasil.

MÉTODO

População e amostra

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, com coletas no primeiro semestre de 2011 e 2015. Em 2011, foi realizada uma pesquisa de base populacional que teve como objetivo geral verificar indicadores de saúde e fatores de risco para doenças cardiovasculares

em pessoas com 40 anos ou mais de idade no município de Cambé, região norte do Paraná. A opção por essa faixa etária foi por ser a idade em que a magnitude das comorbidades como hipertensão e diabetes é mais alta²⁸.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010²⁹, a população de Cambé/PR era de 93.733 mil habitantes, com 96% de residentes na zona urbana e 36% de adultos com 40 anos ou mais. O cálculo amostral teve como parâmetros uma prevalência do desfecho de 50%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 3%, a partir da contagem populacional do IBGE 2007, que, na época, eram os mais recentes, resultando em 1.066 sujeitos. Prevendo-se perdas e recusas, houve um acréscimo de 25%, totalizando, assim, 1.322 amostrados. Foram entrevistadas 1.180 pessoas (proporção de resposta = 88,1%). Ocorreram 159 perdas por recusa ou por insucesso no contato após pelo menos três tentativas em diferentes horários e datas. Sendo assim, 1.180 sujeitos participaram do estudo de base populacional em 2011 e, após quatro anos, esses mesmos indivíduos foram procurados. Maiores detalhes sobre o processo de amostragem estão disponíveis em Souza et al.²⁸.

Tanto o projeto de 2011 (Parecer nº 236/10) quanto o de 2015 (Parecer nº 918.944) foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

Variáveis

Cinco comportamentos relacionados à saúde foram as variáveis dependentes deste estudo: atividade física no tempo livre, consumo de frutas, consumo de verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool.

A prática de atividade física foi avaliada por meio da seguinte pergunta: "Em uma semana normal (típica), o(a) senhor(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?". Para os sujeitos que respondiam sim, em seguida informações foram levantadas sobre os tipos de atividades praticadas, como também sua frequência (em número de dias) e o volume (tempo de duração). Os sujeitos inativos fisicamente foram aqueles que relataram não fazer nenhum tipo de atividade física e os considerados ativos fisicamente foram os que relataram fazê-la, independentemente da frequência, volume ou intensidade.

É importante destacar que a prática de atividade física está associada a vários desfechos de saúde, e verificar sua "prática mínima" para influenciar determinado desfecho pode ser bastante diferente do que seria necessário para outro. Apesar de muitos estudos adotarem o critério dos 150 minutos semanais como ponto de corte, essa escolha é questionada por outros trabalhos³⁰⁻³². Além disso, outro ponto que influenciou essa escolha foi a alta prevalência observada no estudo de *baseline* de pessoas que não faziam nenhum tipo de atividade física no tempo livre (cerca de 70%)²⁸, ou seja, mesmo com "pouco rigor" no corte, ainda assim a prevalência constatada foi elevada.

Os demais comportamentos relacionados à saúde foram categorizados de acordo com os critérios adotados pela pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)⁸.

O consumo de frutas, verduras ou legumes foi avaliado a partir da seguinte pergunta: "Em quantos dias da semana, o(a) senhor(a) costuma comer frutas?" e "Em quantos dias da semana, o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?". As respostas foram agrupadas, e aqueles sujeitos que mencionaram não consumir frutas e verduras e/ou legumes em pelo menos cinco dias por semana foram classificados como consumo irregular, critério esse também observado em outros estudos^{26,33-35}. As variáveis foram dicotomizadas em: consumo regular de frutas e/ou verduras e legumes (indivíduos que relataram consumir cinco dias ou mais na semana) e consumo irregular de frutas e/ou verduras e legumes (pessoas que relataram consumir menos de cinco dias na semana).

O tabagismo foi avaliado com a pergunta: "O(a) senhor(a) fuma?". Foram considerados fumantes aqueles indivíduos que responderam positivamente à pergunta, independentemente da frequência e da quantidade.

Para o consumo abusivo de álcool, foi realizada a pergunta: “Nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) consumiu mais que quatro (para mulheres) / cinco (para homens) doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?”. Foi considerada como dose uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, uísque ou qualquer bebida destilada. A variável foi dicotomizada em: sem consumo abusivo de álcool (participantes que responderam não ter consumido quatro, para mulheres, e cinco, para homens, doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias) e consumo abusivo de álcool (participantes que responderam ter consumido quatro, para mulheres, e cinco, para homens, doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias). Esse critério do consumo abusivo de álcool também foi adotado por estudos anteriores^{27,36-38}.

A variável independente deste estudo foi a manutenção ou a mudança na situação conjugal (2011 e 2015). A pergunta utilizada para se obter a situação conjugal de cada sujeito foi a mesma nos dois anos de coleta de dados, especificamente: “Qual é o seu estado civil?”. As opções de respostas eram: “solteiro(a), casado(a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a) e união estável. Para a mudança na situação conjugal, foram consideradas quatro categorias: 1) mantiveram-se com companheiro(a) – pessoas que eram casadas ou tinham união estável nas duas coletas; 2) deixaram de ter companheiro(a) – pessoas que eram casadas ou com união estável em 2011, mas que em 2015 estavam viúvas ou divorciadas/separadas; 3) mantiveram-se sem companheiro(a) – aqueles(as) que eram solteiros(as), divorciados(as)/separados(as) ou viúvos(as) nos dois momentos; e 4) passaram a ter companheiro(a) – grupo formado pelos sujeitos que eram solteiros, divorciados ou viúvos em 2011 e que passaram a ser casados ou com união estável em 2015.

Foram consideradas as seguintes variáveis de confusão: sexo (feminino e masculino), faixa etária (40 a 49 anos, 50 a 64 anos e ≥ 65 anos), classe econômica (conforme o critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa³⁹), escolaridade (≤ 4 anos, 5 a 8 anos e ≥ 9 anos) e comportamentos de proteção do *baseline* (2011), como atividade física no tempo livre, consumo regular de frutas, consumo regular de verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool.

Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados, a partir de análise de frequência, para apresentar a caracterização sociodemográfica da amostra conforme o estado civil e também para apresentar as características sociodemográficas da amostra no *baseline* e no seguimento.

Foi também calculada a incidência de dissolução da relação conjugal (de maneira geral e separando-se aqueles(as) que enviuvaram ou se divorciaram no período entre o *baseline* e o seguimento), sendo que, para a avaliação de eventuais diferenças na proporção de viuvez, divórcios e dissolução da situação conjugal (independentemente se por viuvez ou divórcio), foram utilizados o teste do qui-quadrado para a variável sexo e o teste do qui-quadrado para tendência linear para as variáveis faixa etária, classe econômica e escolaridade. Para todas as análises mencionadas que envolvem o teste do qui-quadrado, foi adotado $p < 0,05$.

Por fim, foi calculada a incidência de comportamentos de proteção à saúde conforme a mudança ou a manutenção da situação conjugal. Nesta etapa das análises, os sujeitos foram divididos em quatro grupos: mantiveram-se com companheiro(a), deixaram de ter companheiro(a), passaram a ter companheiro(a) e mantiveram-se sem companheiro(a). Também foi calculado o risco relativo (RR) bruto e ajustado, além do respectivo intervalo de confiança (IC95%) a partir da regressão de Poisson, tendo o grupo dos que se mantiveram com companheiro(a) como grupo referência. O RR foi ajustado por todas as variáveis de confusão (sexo, faixa etária, classe econômica, escolaridade e comportamentos do *baseline*, exceto por aquele comportamento que estava sendo analisado como variável dependente, uma vez que, para o cálculo da incidência, só foram levados em consideração aqueles sujeitos que não apresentavam o comportamento positivo no *baseline*. Por exemplo, quando o consumo regular de frutas foi a variável dependente, foram considerados os demais comportamentos como variáveis de confusão).

RESULTADOS

Em 2011, 863 (73,1%) tinham companheiro(a). Aconteceram 208 perdas ou recusas (25%), resultando em 885 (75%) sujeitos entrevistados novamente quatro anos depois. Destas 885 pessoas, 583 (66%) permaneceram com companheiro(a), 204 (23,1%) mantiveram-se sem companheiro(a), 72 (11%) deixaram de ter e 24 (2,7%) passaram a ter.

A maior parte dos amostrados era casada, tanto no geral (considerando toda a amostra) quanto em todas as subcategorias, exceto entre os que estavam na classe econômica D-E, na qual, apesar de “casado(a)” ter sido a categoria com maior proporção, ela não se configurou como maioria (43,6%). Por outro lado, a classe econômica A-B foi o subgrupo com maior proporção de “casado(a)” (77,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Proporção de pessoas na amostra em cada estado civil, total e estratificado por variáveis sociodemográficas, Cambé/PR, 2011 (n = 1.180)

	Solteiro(a)		Divorciado(a)/ separado(a)		Viúvo(a)		Casado(a)		União estável	
	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%	n ²	%
Total	98	8,3	98	8,3	121	10,3	781	66,2	82	7,0
Sexo										
Masculino	47	8,8	25	4,7	12	2,2	413	76,9	39	7,3
Feminino	51	7,9	73	11,4	109	17,0	367	57,2	43	6,7
Faixa etária										
40-59 anos	80	9,5	77	9,1	47	5,6	568	67,5	70	8,3
60 anos ou mais	18	5,3	21	6,2	74	21,9	213	63,0	12	3,6
Classe econômica¹										
A-B	30	6,7	28	6,2	24	5,3	349	77,7	18	4,0
C	52	8,2	56	9,1	67	10,9	380	62,0	58	9,5
D-E	16	13,7	14	12,0	30	25,6	51	43,6	6	5,1
Escolaridade										
0-4 anos	46	8,1	39	6,9	92	16,2	349	61,4	42	7,4
5-8 anos	20	6,8	30	10,3	14	4,8	198	67,8	30	10,3
9 anos ou mais	32	10,0	29	9,1	15	4,7	234	73,1	10	3,1

¹Um indivíduo com informação ausente em 2011; ²n: número de sujeitos

Nas outras subcategorias de situação conjugal, houve diferença. Na variável sexo, por exemplo, enquanto os sujeitos solteiros e em união estável foram, respectivamente, para os homens, segunda e terceira subcategorias com maior proporção numérica, nas mulheres a segunda subcategoria com maior percentual numérico foi viúva, seguido por divorciada/separada. Na faixa etária, a proporção de viúvos foi quase quatro vezes maior em idosos(as) do que entre os que tinham de 40 a 59 anos. Na classe econômica, houve uma maior proporção de indivíduos casados conforme maior era a classe econômica, sendo que aconteceu o mesmo com relação à escolaridade (maior escolaridade com maior proporção de casados(as)) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas entre a população do *baseline* e a de seguimento. Houve uma perda de 25% da amostra, entretanto parece não terem acontecido perdas muito concentradas em alguma subcategoria específica, pois os percentuais

Tabela 2. Características sociodemográficas dos sujeitos da amostra no *baseline* (2011) e no seguimento (2015), Cambé/PR

Variáveis	Amostra <i>baseline</i>		Amostra seguimento	
	n ³	%	n ³	%
Tota ¹	1180	100,0	885	75,0
Sexo ²				
Masculino	537	45,5	393	44,4
Feminino	642	54,4	492	55,6
Faixa etária				
40 a 59 anos	842	71,4	646	73,0
60 anos ou mais	338	28,6	239	27,0
Classe econômica ²				
A-B	449	38,1	335	37,9
C	613	52,0	466	52,7
D-E	117	9,9	83	9,4
Escolaridade				
0 a 4 anos	568	48,1	422	47,7
5 a 8 anos	292	24,7	226	25,5
9 anos ou mais	320	27,1	237	26,8
Situação conjugal				
Solteiro(a)	98	8,3	76	8,6
Divorciado(a)/separado(a)	98	8,3	67	7,6
Viúvo(a)	121	10,3	86	9,7
Com companheiro(a)	863	73,1	656	74,1

¹Dados do *baseline* utilizados na análise; ²Um indivíduo com informação ausente em 2011 e 2015; ³n: número de sujeitos

da composição da amostra, segundo as categorias sociodemográficas, foram semelhantes nos dois momentos. A maior proporção foi observada no sexo feminino, na faixa de 50 a 64 anos, em indivíduos de classe econômica C e com escolaridade de até quatro anos.

A incidência dos sujeitos que deixaram de ter companheiro(a), independentemente se por viuvez ou divórcio, foi maior nas mulheres. Também foi observada uma tendência linear inversa quanto à classe econômica e escolaridade, ou seja, quanto maior a classe econômica e a escolaridade, menor a incidência de dissolução da situação conjugal. Separando-se a análise por "motivo" da dissolução, foi constatada maior incidência de viuvez entre as mulheres e pessoas com 60 anos ou mais e se repetiu a tendência já verificada com relação à classe econômica e escolaridade (menor incidência conforme maior era a classe econômica e a escolaridade). Já no que se refere ao divórcio, somente foram percebidas diferenças significativas na classe econômica, sendo mais uma vez notada tendência linear, de modo que a maior incidência foi observada entre os da classe D-E (dados não apresentados em tabela).

A Tabela 3 mostra a incidência dos comportamentos de proteção à saúde (dados brutos), de acordo com a manutenção ou a mudança na situação conjugal entre o *baseline* (2011) e o seguimento (2015). O grupo que se manteve com companheiro(a) foi considerado como grupo referência. Foi observado que os sujeitos que deixaram de ter companheiro(a) tiveram maior

Tabela 3. Incidência de comportamentos de proteção à saúde segundo a manutenção ou a mudança na situação conjugal e respectivos riscos relativos (RR) entre 2011 e 2015, Cambé/PR. Dados brutos (n = 883)

	Mantiveram-se com companheiro(a) (n ¹ = 583)			Deixaram de ter companheiro(a) (n ¹ = 72)			Mantiveram-se sem companheiro(a) (n ¹ = 204)			Passaram a ter companheiro(a) (n ¹ = 24)		
	n ¹	%	RR	n ¹	%	RR (IC95%) ²	n ¹	%	RR (IC95%) ²	n ¹	%	RR (IC95%) ²
Atividade física no tempo livre	77	13,2	1,00	5	6,9	0,53 (0,22-1,26)	25	12,3	0,93 (0,61-1,42)	3	12,5	0,95 (0,32-2,78)
Consumo regular de frutas	122	20,9	1,00	7	9,7	0,46 (0,23-0,96)	41	20,1	0,96(0,70-1,32)	10	41,7	1,99 (1,21-3,28)
Consumo regular de verduras e legumes	90	15,4	1,00	8	11,1	0,72 (0,36-1,42)	40	19,6	1,27(0,91-1,78)	4	16,7	1,08 (0,43-2,69)
Abandono ao tabagismo	22	3,8	1,00	7	9,7	2,58 (1,14-5,82)	5	2,5	0,65(0,25-1,69)	1	4,2	1,10 (0,15-7,85)
Não consumo abusivo de álcool	56	9,6	1,00	8	11,4	1,19 (0,59-2,38)	18	9,0	0,93(0,56-1,54)	2	8,3	0,86 (0,22-3,33)

n: número de sujeitos; ²Intervalo de Confiança de 95% (IC95%)

incidência de abandono ao tabaco (RR = 2,58; IC95%: 1,14-5,82) e menor incidência do consumo regular de frutas (RR = 0,46; IC95%: 0,23-0,96). Já os que passaram a ter companheiro(a) tiveram maior incidência do consumo regular de frutas (RR = 1,99; IC95%: 1,21-3,28).

Já a Tabela 4 apresenta os resultados ajustados da incidência de comportamentos de proteção à saúde, segundo a manutenção ou a mudança na situação conjugal entre 2011 e 2015. Conforme foi verificado na análise bruta, os sujeitos que deixaram de ter companheiro(a) mantiveram maior incidência de abandono ao tabaco (RR = 3,23; IC95%: 1,40-7,43) e menor incidência no consumo regular de frutas (RR = 0,47; IC95%: 0,23-0,97), enquanto os indivíduos que passaram a ter companheiro(a) mantiveram maior incidência no consumo de frutas (RR = 2,04; IC95%: 1,26-3,29).

Tabela 4. Incidência de comportamentos de proteção à saúde segundo manutenção ou mudança na situação conjugal e respectivos riscos relativos (RR) entre 2011 e 2015, Cambé/PR. Dados ajustados (n = 883)

	Mantiveram-se com companheiro(a) (n = 583)			Deixaram de ter companheiro(a) (n = 72)			Mantiveram-se sem companheiro(a) (n = 204)			Passaram a ter companheiro(a) (n = 24)		
	n	%	RR ¹	n ²	%	RR ¹ (IC95%) ³	n ²	%	RR ¹ (IC95%) ³	n ²	%	RR ¹ (IC95%) ³
Atividade física no tempo livre	77	13,2	1,00	5	6,9	0,55(0,23-1,29)	25	12,3	0,95(0,61-1,49)	3	12,5	1,06(0,35-3,18)
Consumo regular de frutas	122	20,9	1,00	7	9,7	0,47(0,23-0,97)	41	20,1	0,90(0,65-1,24)	10	41,7	2,04(1,26-3,29)
Consumo regular de verduras e legumes	90	15,4	1,00	8	11,1	0,75(0,39-1,47)	40	19,6	1,31(0,92-1,87)	4	16,7	0,96(0,40-2,32)
Abandono ao tabagismo	22	3,8	1,00	7	9,7	3,23(1,40-7,43)	5	2,5	0,81(0,29-2,22)	1	4,2	---
Não consumo abusivo de álcool	56	9,6	1,00	8	11,4	1,55(0,80-3,00)	18	9,0	1,43(0,85-2,41)	2	8,3	0,54(0,08-3,50)

¹Ajustado por sexo, mudança na classe econômica, faixa etária, escolaridade e todos os comportamentos do nível basal (2011), exceto o comportamento da incidência que estava sendo analisado; ²n: número de sujeitos; ³Intervalo de Confiança de 95%(IC95%)

DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo foram: 1) deixar de ter companheiro(a) se associou com uma menor incidência no consumo regular de frutas e maior incidência de abandono ao tabaco na comparação com aqueles que se mantiveram com companheiro(a); 2) os que passaram a ter companheiro(a) possuíram maior incidência no consumo regular de frutas. Por outro lado, não foi constatada associação com incidência da atividade física no tempo livre, consumo regular de verduras e legumes e não consumo abusivo de álcool.

A incidência dos indivíduos que deixaram de ter companheiro(a) foi maior entre as mulheres e, quando estratificado pela viuvez, foi duas vezes maior que os homens, resultado que pode ser atribuído, parcialmente, às diferenças de gênero na relação conjugal, em que o papel de esposa, na maior parte dos casos, relaciona-se com maiores responsabilidades, gerando um maior descontentamento e, conseqüentemente, um pedido de divórcio ou separação. A maior incidência da viuvez em mulheres pode ser relacionada a uma maior expectativa de vida na comparação com os homens e menor exposição a diversos fatores de risco, além de se casarem, na maior parte dos casos, com parceiros mais velhos⁴⁰. As maiores incidências de indivíduos que deixaram de ter companheiro(a), assim como quando estratificadas por divórcio/separação ou viuvez, observadas entre classe econômica e escolaridade mais baixas, também podem se relacionar com o processo de seleção do casamento, em que esses sujeitos têm menores chances de se manterem em uma relação conjugal. A maior incidência verificada em idosos(as) pode ser explicada pelo processo do envelhecimento, ou seja, conforme as pessoas envelhecem, maiores são as chances de enviuvarem por causa da morte do(a) companheiro(a)⁹.

A maior incidência de abandono ao tabaco é um resultado divergente de outros estudos longitudinais encontrados na literatura. No geral, eles mostram com mais frequência em seus resultados a associação entre a dissolução da relação conjugal com comportamentos negativos da saúde^{18,23-27}. Mulheres estadunidenses que enviuvaram tiveram menores chances de abandonar o tabagismo na comparação com as que permaneceram casadas¹⁸. Outro estudo realizado nos Estados Unidos verificou que, entre as mulheres casadas que não fumavam no *baseline*, a chance de se tornarem fumantes foi maior nas que se divorciaram/separaram do que naquelas que permaneceram casadas²⁶. Uma hipótese para esse resultado divergente é quanto à qualidade da relação conjugal que precedeu a dissolução da união. O relacionamento conflituoso e estressante pode fazer com que indivíduos assumam determinados comportamentos de risco, como o tabagismo. Sendo assim, com o passar do tempo, deixar de ter companheiro(a) pode melhorar determinados comportamentos. Entretanto, uma das limitações deste estudo foi justamente não poder avaliar a qualidade das relações conjugais da amostra.

Já a menor incidência do consumo regular de frutas em sujeitos que deixaram de ter companheiro(a) e a maior incidência observada entre aqueles(as) que passaram a ter se assemelham a outros estudos encontrados na literatura. De acordo com uma pesquisa longitudinal que associou a mudança da situação conjugal com as modificações no consumo de frutas e verduras, realizada no Reino Unido, a quantidade e a variedade do consumo de frutas foram menores em homens que enviuvaram ou se separaram/divorciaram na comparação com aqueles que se mantiveram casados¹⁹. No contexto brasileiro, o apoio financeiro para o consumo de frutas parece ser um aspecto importante. Em um estudo transversal, utilizando-se da mesma amostra do presente estudo, foi constatada que a barreira relacionada ao custo familiar na aquisição de frutas foi a mais prevalente para o consumo delas⁴¹, o que aponta para a provável dificuldade para a aquisição e o consumo desses produtos na população que deixou de ter companheiro(a), formada, em boa medida, por mulheres, idosas e de classe econômica mais baixa.

Entre as limitações, não foi avaliada a qualidade da relação conjugal que precedeu a dissolução da relação e de quem se manteve com companheiro(a). Dependendo da qualidade da relação conjugal, participantes que deixaram de ter companheiro(a) podem encarar a "nova" situação conjugal como uma oportunidade de passar a vivenciar a vida com melhores escolhas relacionadas à saúde, como também pode acontecer de aumentar mais as responsabilidades do cuidado com outras pessoas, o que pode prejudicar melhores escolhas ligadas à saúde^{42,43}. Não

investigar cada categoria de mudança na situação conjugal de forma separada (viuvez, divórcio/separação, casamento ou união estável) também foi uma limitação. A dissolução da relação pelo divórcio/separação ou pela viuvez pode se associar de forma diferente com a adoção de comportamentos de saúde⁴³. Essa escolha metodológica se deu por causa das limitações no tamanho da amostra para análises mais específicas. Vale mencionar que o cálculo da amostra considerou parâmetros para o estudo de prevalência, o que pode ter influenciado a falta de poder para algumas associações. Outra limitação deste estudo foi utilizar uma amostra com pessoas de 40 anos ou mais, impossibilitando a comparação das mudanças na situação conjugal com uma coorte mais jovem. Alterações no contexto social e histórico podem influenciar de forma diferente a associação entre mudança na situação conjugal e coortes de idade mais jovens e mais velhas. Além disso, não foi investigado o tempo da relação e/ou da dissolução conjugal, outro fator que também se relaciona com comportamentos de saúde⁴⁴.

Por outro lado, como pontos positivos desta pesquisa, o principal é ser, possivelmente, o primeiro estudo epidemiológico com delineamento longitudinal realizado na América Latina que analisou a mudança da situação conjugal com a incidência de comportamentos de risco e de proteção relacionados à saúde. Outro ponto positivo foi avaliar não apenas um, mas cinco comportamentos ligados à saúde. Destacam-se também os cuidados importantes para estudos dessa natureza, como o treinamento da equipe de coleta dos dados e a padronização das variáveis utilizadas nas duas coletas.

Deixar de ter companheiro(a) se associou com maior incidência de abandono ao tabaco e menor incidência do consumo regular de frutas. Passar a ter companheiro(a) se associou com maior incidência do consumo regular de frutas. Tais resultados reforçam a complexidade do tema, a necessidade de outros estudos e que os profissionais de saúde considerem a importância da mudança da situação conjugal no planejamento das ações que visem à promoção de comportamentos considerados saudáveis.

REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 jun;377(9781):1949-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). PMID:21561658.
- Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saude Publica*. 2012;46(Suppl 1):126-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>. PMID:23532314.
- Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1). PMID:22818937.
- Burch E, Ball L, Somerville M, Williams LT. Dietary intake by food group of individuals with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;137(1):160-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2017.12.016>. PMID:29329777.
- Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(2):e108-210. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30003-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30003-8). PMID:29253389.
- Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad Saude Publica*. 2015 jun;31(6):1283-97. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192013>. PMID:26200375.
- Brasil. Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União, Brasília*; 12 de novembro de 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2016.
- Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;fev;49(1):129-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>. PMID:25789652.

10. Westphal MF. Promo o da saúde e a qualidade de vida. In: Rocha AA, Cesar CLG. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Editora Atheneu; 2010. Cap. 9. p. 149-63.
11. Gomes MMF, Turra CM, Figoli MGB, Duarte YAO, Lebr o ML. Associa o entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. *Cad Saude Publica*. 2013;29(3):566-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300014>. PMID:23532291.
12. Manzoli L, Villari P, Pirone GM, Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2007;64(1):77-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.031>. PMID:17011690.
13. Molloy GJ, Stamatakis E, Randall G, Hamer M. Marital status, gender and cardiovascular mortality: Behavioural, psychological distress and metabolic explanations. *Soc Sci Med*. 2009;69(2):223-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.010>. PMID:19501442.
14. Yim HJ, Park HA, Kang JH, Kim KW, Cho YG, Hur YI, et al. Marital status and health behavior in middle-aged korean adults. *Korean J Fam Med*. 2012;33(6):390-7. <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2012.33.6.390>. PMID:23267425.
15. Takagi D, Kondo N, Takada M, Hashimoto H. Differences in spousal influence on smoking cessation by gender and education among Japanese couples. *BMC Public Health*. 2014;14:1184. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1184>. PMID:25410468.
16. Kn pfl B, Cullati S, Courvoisier DS, Burton-Jeangros C, Perrig-Chiello P. Marital breakup in later adulthood and self-rated health: a cross-sectional survey in Switzerland. *Int J Public Health*. 2016;61(3):357-66. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-015-0776-6>. PMID:26729272.
17. Joutsenniemi KE, Martelin TP, Koskinen SV, Martikainen PT, H rk nen TT, Luoto RM, et al. Official marital status, cohabiting, and self-rated health-time trends in Finland, 1978-2001. *Eur J Public Health*. 2006;16(5):476-83. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki221>. PMID:16601112.
18. Kutob RM, Yuan NP, Wertheim MS, Sbarra DA, Loucks EB, Nassir R, et al. Relationship between marital transitions, health behaviors and health indicators of postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(4):313-20. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2016.5925>. PMID:28072926.
19. Vinther JL, Conklin AJ, Wareham NJ, Monsivais P. Marital transitions and associated changes in fruit and vegetable intake: Findings from the population-based prospective EPIC-Norfolk cohort, UK. *Soc Sci Med*. 2016;157:120-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.004>. PMID:27082023.
20. Brasil. Código civil brasileiro 2002 [Internet]. [citado em 2018 Set 26]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do registro civil 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
22. King AC, Kiernan M, Ahn DK, Wilcox S. The effects of marital transitions on changes in physical activity: results from a 10-year community study. *Ann Behav Med*. 1998;20(2):64-9. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02884450>. PMID:9989310.
23. Reczek C, Pudrovska T, Carr D, Thomeer MB, Umberson D. Marital histories and heavy alcohol use among older adults. *J Health Soc Behav*. 2016;57(1):77-96. <http://dx.doi.org/10.1177/0022146515628028>. PMID:26957135.
24. Eng PM, Kawachi I, Fitzmaurice G, Rimm EB. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(1):56-62. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.020073>. PMID:15598728.
25. Williams K, Umberson D. Marital status, marital transitions and health: a gendered life course perspective. *J Health Soc Behav*. 2004;45(1):81-98. <http://dx.doi.org/10.1177/002214650404500106>. PMID:15179909.
26. Lee S, Cho E, Grodstein F, Kawachi I, Hu FB, Colditz GA. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. *Int J Epidemiol*. 2005;34(1):69-78. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyh258>. PMID:15231759.
27. Kendler KS, L nn SL, Salvatore J, Sundquist J, Sundquist K. Divorce and the onset of alcohol use disorder: a swedish population-based longitudinal cohort and co-relative study. *Am J Psychiatry*. 2017;174(5):451-8. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050589>. PMID:28103713.
28. Souza RTS, Bortoletto MSS, Loch MR, González AB, Matsuo T, Cabrera MAS, et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(3):435-44. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300008>.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

30. Silva KS, Garcia LMT, Rabacow FM, de Rezende LFM, de Sá TH. Physical activity as part of daily living: moving beyond quantitative recommendations. *Prev Med.* 2017;96:160-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.004>. PMID:27840115.
31. Warburton DER, Bredin SSD. Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Can J Cardiol.* 2016;32(4):495-504. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2016.01.024>. PMID:26995692.
32. O'Donovan G, Lee IM, Hamer M, Stamatakis E. Association of "Weekend Warrior" and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. *JAMA Intern Med.* 2017;177(3):335-42. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8014>. PMID:28097313.
33. Silva LES, Claro RM. Tendências temporais do consumo de frutas e hortaliças entre adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008-2016. *Cad Saude Publica.* 2019;35(5):e00023618. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00023618>. PMID:31116246.
34. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cad Saude Publica.* 2019;35(4):e00151418. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151418>. PMID:31066778.
35. Pessoa MC, Mendes LL, Gomes CS, Martins PA, Velasquez-Melendez G. Food environment and fruit and vegetable intake in a urban population: a multilevel analysis. *BMC Public Health.* 2015;15:1012. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2277-1>. PMID:26437719.
36. Munhoz TN, Santos IS, Nunes BP, Mola CL, Silva ICM, Matijasevich A. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. *Cad Saude Publica.* 2017;33(7):e00104516. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104516>. PMID:28792992.
37. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude.* 2015;24(2):227-37. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200005>.
38. Grucza RA, Sher KJ, Kerr WC, Krauss MJ, Lui CK, McDowell YE, et al. Trends in adult alcohol use and binge drinking in the early 21st-Century United States: a meta-analysis of 6 National Survey Series. *Alcohol Clin Exp Res.* 2018;42(10):1939-50. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.13859>. PMID:30080258.
39. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Códigos e guias: critério de classificação econômica [Internet]. São Paulo: ABEP; 2017 [citado em 2017 Ago 22]. Disponível em: <http://www.abep.org>
40. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med.* 1992;34(8):907-17. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90259-S](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(92)90259-S). PMID:1604380.
41. Santos GMGC, Silva AMR, Loch MR, Carvalho W, Rech CR. Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado em 2018 Mar 20]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/barreiras-percebidas-para-o-consumo-de-frutas-e-de-verduras-ou-legumes-em-adultos-brasileiros/16449?id=16449>
42. Tôres EM. A vividez na vida dos idosos [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
43. Ren XS. Marital status and quality of relationships: the impact on health perception. *Soc Sci Med.* 1997;44(2):241-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00158-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00158-X). PMID:9015876.
44. Liu H. Marital dissolution and self-rated health: age trajectories and birth cohort variations. *Soc Sci Med.* 2012;74(7):1107-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.037>. PMID:22341805.