

**Chester Luiz Galvão Cesar
Luana Carandina
Maria Cecília Goi Porto Alves
Marilisa Berti de Azevedo Barros
Moisés Goldbaum**

Saúde e condição de vida em São Paulo



**Inquérito
multicêntrico
de saúde no Estado**

de São Paulo • ISA-SP

USP



Faculdade de Saúde Pública

Chester Luiz Galvão Cesar. Graduado em medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba da PUCSP. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Mestre em Medicina Social pela Universidade de Londres (LSHTM). Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP. Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Áreas de ensino e pesquisa: epidemiologia e serviços de saúde, inquéritos de saúde.

Luana Carandina. Graduada em medicina pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Mestre e Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. Professora Doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. Desenvolve e coordena Inquéritos de Saúde de base populacional em Botucatu-SP, desde a década de 1980, com financiamentos FINEP e FAPESP.

Maria Cecília Goi Porto Alves. Bacharel em Estatística pela Universidade de Campinas. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Área de pesquisa: métodos de amostragem em inquéritos epidemiológicos e estimação em delineamentos complexos de amostragem.

Marilisa Berti de Azevedo Barros. Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Mestre e Doutora em Medicina Preventiva pela FMRP-USP. Professora de Epidemiologia do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Coordenadora da Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNICAMP. Área de pesquisa: desigualdades sociais em saúde.

Moises Goldbaum. Graduado em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP). Especialista em Saúde Pública pela USP. Mestre e Doutor em Medicina Preventiva pela FM-USP. Professor-Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Área de ensino e pesquisa: epidemiologia em serviços de saúde.

O Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo contou com uma equipe de trabalho que realizou as entrevistas domiciliares, a codificação e digitação dos questionários, sob a supervisão de coordenadores, responsáveis pelo treinamento do pessoal de campo e controle de qualidade do material produzido. A concepção do banco de dados, incluindo os campos para codificação e digitação bem como a estrutura do banco eletrônico contou com a participação de um Analista de Sistemas.

Coordenação e supervisão de campo

- **São Paulo**
Margaret Harrison de Santis Domingues
- **Botucatu**
Eliana Lovizutto Iessi
Maria Luiza Neris Luiz Caldas
Mônica Aparecida Silveira Kron
Rosângela Maria Giarola
- **Campinas**
Monize Cocetti

Equipe de campo

- **São Paulo**
Bruno Brandão Campos
Cristina Pereira da Silva
Dora Szwarcgun
Fátima Aparecida de Carvalho
Flávia Mazal Simhon
Márcia Aparecida Utrabo
Maria de Lourdes Floriano
Mariângela Pereira Nepomuceno
Priscila Paulino
Samantha Caesar de Andrade
Sandra Regina Garcia
Soraya Sant'Ana de Castro Salem
Thiago Pelucio Silva
Vera Lúcia Barbosa
- **Botucatu**
Cecília Adelina Godoi Titton
Célia Antonieta Titton
Denise Cristina dos Santos
Gabriela Carvalheri Tibúrcio
Silvana Silveira Merlin
Sônia Maria Leciolle Thomazella
- **Campinas**
Andréa Aparecida Rabelo
Andreza Aparecida Spagnoli
Heloísa Bertasoli
Lívia Batista Holanda
Marcia Regina Messaggi Gomes Dias
Maria Dolores Pezato
Maria Luisa Ferreira de Souza Rodrigues
Sívio Silveira do Amaral

Concepção do questionário e do banco de dados eletrônico

Fernanda Mello Zanetta
Fernão Dias de Lima

SAÚDE E CONDIÇÃO DE VIDA EM SÃO PAULO
Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo
ISA-SP

Chester Luiz Galvão Cesar

Luana Carandina

Maria Cecília Goi Porto Alves

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Moisés Goldbaum

SAÚDE E CONDIÇÃO DE VIDA EM SÃO PAULO

Inquérito multicêntrico de
saúde no Estado de São Paulo

ISA-SP

DOI 10.11606/8588848031

USP



Faculdade de Saúde Pública

FAPESP

unesp



UNICAMP

SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
RESPEITO POR TODA

Cesar, Chester Luiz Galvão

Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo / Chester Luiz Galvão Cesar, Luana Carandina, Maria Cecília Goi Porto Alves, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Moisés Goldbaum. -- São Paulo : USP/FSP, 2005.

ISBN 85-88848-03-1

1. Condições de saúde. 2. Condições de vida. 3. Estudos multicêntricos. 4. Estilo de vida. 5. Serviços de saúde - utilização. 6. São Paulo, SP. I. Carandina, Luana. II. Alves, Maria Cecília Goi Porto. III. Barros, Marilisa Berti de Azevedo. IV. Goldbaum, Moisés. V. Título.

CDD 614

SAÚDE E CONDIÇÃO DE VIDA EM SÃO PAULO
Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo

Projeto gráfico e diagramação
Annablume Editora . Comunicação
www.annablume.com.br

Capa
Ray Lopes Pereira

1.^a edição: outubro de 2005

© FSP/USP
Chester Luiz Galvão Cesar
Luana Carandina
Maria Cecília Goi Porto Alves
Marilisa Berti de Azevedo Barros
Moisés Goldbaum

58458/2022

SUMÁRIO

- 7 **Apresentação**
- 11 **Introdução**
Marilisa Berti de Azevedo Barros
- 35 **I - MATERIAL E MÉTODO**
- 37 **Metodologia**
Chester Luiz Galvão Cesar
- 47 **Plano de Amostragem**
Maria Cecília Goi Porto Alves
- 63 **II - CONDIÇÕES DE VIDA**
Chester Luiz Galvão Cesar
- 79 **III - ESTILO DE VIDA**
- 81 **Hábito alimentar - qualidade da dieta**
Regina Mara Fisberg
Betzabeth Slater
Juliana Masami Morimoto
Milena Baptista Bueno
- 91 **Atividade física**
Vanessa Martins Valente Guimarães
Chester Luiz Galvão Cesar
- 103 **Tabagismo**
Marilisa Berti de Azevedo Barros
- 115 **Consumo de álcool**
Marilisa Berti de Azevedo Barros

129 **IV - ESTADO DE SAÚDE**

131 **Morbidade referida**

Luana Carandina

Chester Luiz Galvão Cesar

Shamyr Sulyvan de Castro

151 **Obesidade**

Marilisa Berti de Azevedo Barros

163 **Transtorno mental comum**

Marilisa Berti de Azevedo Barros

173 **Auto-avaliação de saúde**

Marilisa Berti de Azevedo Barros

183 **V - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

185 **Uso de serviços de saúde**

Chester Luiz Galvão Cesar

Moisés Goldbaum

199 **Consumo de medicamentos**

Américo Focesi Pelicione

Chester Luiz Galvão Cesar

APRESENTAÇÃO

A presente publicação refere-se a um inquérito multicêntrico de saúde realizado no Estado de São Paulo, o ISA-SP, por pesquisadores das universidades estaduais paulistas e da Secretaria de Estado da Saúde. Os participantes, todos com experiências prévias em inquéritos domiciliares, formaram um grupo para aprofundar essa metodologia de investigação e elaboraram um projeto multicêntrico, com uma base referencial comum e técnicas padronizadas, realizado em quatro áreas do Estado de São Paulo: duas na Região Metropolitana de São Paulo e duas no interior do Estado. Na Região Metropolitana foram estudados o Distrito de Saúde do Butantã e uma área formada pelos municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra. No interior foram estudados os municípios de Botucatu e de Campinas. A escolha das áreas baseou-se na sua importância epidemiológica e socioeconômica, na sua vinculação com as Universidades Estaduais, que mantêm, nos locais, unidades experimentais e de extensão de serviços, e na possibilidade de estudo de tendências onde ocorreram inquéritos prévios, representando também, por estas mesmas razões, áreas de estudo que são de interesse da Secretaria de Estado da Saúde. Participaram da pesquisa pela Universidade de São Paulo – USP: a Faculdade de Saúde Pública e a Faculdade de Medicina; pela Universidade Estadual Paulista – UNESP e Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, as respectivas Faculdades de Medicina e, pela Secretaria de Estado da Saúde, o Instituto de Saúde.

O inquérito trabalha com três grandes áreas temáticas: estilo de vida, situação de saúde e uso de serviços de saúde. As diversas informações de cada uma das áreas temáticas são analisadas segundo as condições de vida dos entrevistados. O estudo do *estilo de vida* incluiu questões referentes à atividade

física, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool. A *situação de saúde* dos entrevistados foi analisada por meio de questões sobre a ocorrência de problemas de saúde no período de 15 dias anteriores à entrevista; presença de doença crônica, com ênfase naquelas de maior importância e prevalência; presença de deficiência física; ocorrência de acidentes ou violências nos doze meses anteriores à entrevista e suas conseqüências sobre os entrevistados; presença de transtornos mentais comuns e auto-avaliação de saúde. O *uso de serviços de saúde* incluiu a identificação, caracterização e mensuração dos gastos com serviços utilizados a partir dos problemas de saúde referidos bem como dos serviços utilizados, na ausência de morbidade, em um período de quinze dias. Ainda como uso de serviços de saúde foi estudada a hospitalização no período de doze meses; o uso de vacinas por menores de cinco anos e por idosos; a realização de alguns exames preventivos; o consumo de medicamentos pelos entrevistados, incluindo questões sobre medicamentos genéricos e, a partir do grupo de menores de um ano, foram estudados os serviços utilizados para o pré-natal, o parto e a puericultura. A condição de vida dos entrevistados foi avaliada por meio da caracterização socioeconômica do entrevistado e do chefe de família, bem como das condições de moradia.

É grande o volume de informações coletadas e a sua análise, em maior profundidade, vêm ocorrendo nas diferentes instituições participantes do projeto, inclusive por alunos de pós-graduação em suas dissertações e teses. A seguir, nos diferentes capítulos dessa publicação, são descritos os principais aspectos metodológicos da pesquisa bem como alguns de seus resultados. O objetivo da publicação, além de apresentar estes resultados, é divulgar também o banco de dados existente que permite inúmeras outras análises.

O desenvolvimento da pesquisa vem facilitando a formação de núcleos para o desenvolvimento da metodologia epidemiológica, bem como a criação de bancos de dados, com informações de base populacional, que vêm possibilitando o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos e análises específicas, a serviço do planejamento e avaliação de ações de saúde.

A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, através do Programa de Pesquisa em Políticas Públicas¹, tendo como instituição parceira a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que participou também com recursos financeiros.

O grupo de pesquisadores mantém um “site” (www.fsp.usp.br/isa-sp) que periodicamente divulga novas análises do banco de dados e, eventualmente, bancos criados a partir de novas pesquisas.

CHESTER LUIZ GALVÃO CÉSAR

LUANA CARANDINA

MARIA CECÍLIA GOI PORTO ALVES

MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

MOISÉS GOLDBAUM

1. Cruz CHB, Perez JF. Políticas Públicas: o compromisso da pesquisa com o social. *Pesquisa FAPESP – Suplemento Especial*.

INTRODUÇÃO

MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

Os inquéritos domiciliares e o estado de saúde da população

A análise de situação de saúde é fundamental na geração de subsídios para a formulação e avaliação das políticas e dos programas de saúde (Viacava, 2002). Empreender esta análise é tarefa essencial no campo da Saúde Pública.

Monitorar o estado de saúde das populações interessa a diferentes setores de todos os níveis de governo e à sociedade e suas organizações, no processo de construção de estratégias para a obtenção de melhor qualidade de saúde e de vida.

O estado de saúde tem sido concebido como determinado por quatro dimensões: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de atenção à saúde. Os serviços de saúde constituem um dos determinantes do estado de saúde, enquanto representam também uma resposta socialmente organizada para fazer face ao estado de saúde prevalente (Castellanos, 1991).

Para Castellanos (1997) o campo da situação/condição de saúde incluiria “tanto os perfis de necessidades e problemas como as respostas sociais organizadas frente aos mesmos. Da interação entre ambos resulta um conjunto de fenômenos (aparentes) que é conhecido, em geral, como perfil de *morbimortalidade, incapacidades e insatisfações*, conjunto que constitui a parte emergente e visível, ao nível fenomenológico, dessa estrutura latente que é o complexo de necessidades, problemas e respostas sociais”. Entendendo que a situação de saúde expressa, nos níveis individual e coletivo, o processo de reprodução social, o autor conclui

que, correspondendo a cada momento do processo de reprodução social, as necessidades de saúde poderiam organizar-se em necessidades predominantemente biológicas, ecológicas, de consciência e conduta ou econômicas.

Evans e Stoddart (1990), avaliando que a ênfase no componente *Estilo de Vida* (como um dos determinantes da saúde) acabou por privilegiar de forma equivocada os fatores de risco individuais, propõem que este componente seja entendido como determinado pelo “ambiente social”. Estes autores diferenciam, entre os elementos constitutivos do *estado de saúde*, o componente “doença” do componente “saúde e funcionamento”. Desta forma, discriminam a visão clínica (necessária às condutas médicas) da visão da pessoa/paciente sobre os múltiplos aspectos da própria saúde. Estes autores entendem que a busca da saúde e da adequada organização dos cuidados visam à obtenção do *bem-estar*. O componente *bem-estar* tem sido, entretanto, pouco operacionalizado por tratar-se de dimensão complexa com valores substantivos e não redutíveis, envolvendo: *realização, profundidade das relações pessoais, satisfação, entendimento, e componentes da dignidade humana* (Griffin, 2002).

A dimensão do estado de saúde passa a ser concebida como constituída por subdimensões, que respondem ao avanço e complexidade do conceito de saúde, e essas subdimensões se expressariam em diferenciados indicadores e métodos de mensuração da saúde-doença. Vários países têm selecionado conjuntos de indicadores para medir as dimensões do estado de saúde de suas populações como apresentado no *site* do projeto Pro-Adess (2004). Os dados de mortalidade, que foram historicamente os primeiros a constituir indicadores de saúde válidos, tendo sido extensa e intensamente aplicados, persistem como uma das mais importantes fontes de informação sobre saúde. A importância destes dados foi reconhecida antes do desenvolvimento do conceito de saúde pública, já nos séculos XVI e XVII e, por muito tempo, a caracterização da saúde das populações baseou-se essencialmente nas informações derivadas dos óbitos (OPS, 2002). Mas, a mortalidade deixou, cada vez mais, de dar conta do espectro total dos problemas de saúde que afetam as populações. Com o declínio intenso das taxas de mortalidade, muitas patologias deixam de se manifestar entre as causas

de óbito. E as doenças de baixa letalidade, ainda que muito prevalentes e com grande impacto social, não podem ter sua importância reconhecida no perfil da mortalidade. Esta situação requer que sejam obtidos indicadores de morbidade, de prevalência e incidência de doenças e lesões, e de prevalência de deficiências físicas, para que o estado de saúde das populações possa ser melhor aquilutado. Indicadores de co-morbidades são necessários para avaliar o impacto de morbidades múltiplas que se sobrepõem nos indivíduos (Charlson et al., 1994).

Mas, a presença da doença ou de seu diagnóstico não é suficiente para caracterizar o “grau de saúde” dos pacientes e das populações, nem para detectar a magnitude do impacto que as patologias prevalentes acarretam na vida das pessoas e das coletividades. Medidas das limitações e incapacidades provocadas pelas doenças passam a ser fundamentais para medir o estado de saúde. O desenvolvimento de indicadores da preservação das *atividades da vida diária* permite mensurar, para além da presença de doenças e diagnósticos, o significado e efeito da doença no cotidiano das pessoas (incluindo *activities of daily living* (ADL) e *instrumental activities of daily living* (IADL) (McDowell e Newell, 1996).

Autores têm diferenciado entre as medidas de quantidade e as de qualidade (goodness) de saúde (Brock, 2002; Broome, 2002). Também diferenciam entre indicadores de saúde de populações e indicadores de saúde de pessoas, e entre medidas de *qualidade de vida* versus instrumentos para medir *qualidade de vida em saúde* (McDowell e Newell, 1996).

Os instrumentos diferenciam-se entre os que objetivam a avaliação global do estado de saúde e aqueles dirigidos a dimensões específicas como: bem-estar psíquico, bem-estar social, dor, incapacidades para atividades da vida diária, etc. (McDowell e Newell, 1996).

Os instrumentos para avaliação da *qualidade de vida em saúde* foram desenvolvidos e vêm sendo amplamente aplicados especialmente no âmbito da investigação clínica; implicam na quantificação de aspectos subjetivos da percepção e avaliação das pessoas sobre a própria condição de saúde-doença. Os indicadores passaram a incorporar, e com ampla aceitação, elementos subjetivos na sua construção. Para tanto, houve a necessidade do desenvolvimento de bases

teóricas sobre psicofísica e psicometria que pudessem respaldar o uso de julgamento subjetivo como forma adequada de mensuração da saúde (McDowell e Newell, 1996). Avaliações das qualidades psicométricas dos instrumentos vem se tornando mais freqüentes e sendo realizadas também no Brasil (Teixeira - Salmela et al., 2004).

Vêm sendo desenvolvidos instrumentos de qualidade de vida em saúde, também para avaliações populacionais, mas com uso ainda incipiente se comparado com as freqüentes aplicações na área clínica.

O desenvolvimento mais recente de indicadores aponta para a mensuração de itens positivos de bem-estar social, psíquico e emocional, valorizando temas como felicidade e qualidade de vida e inclusive com o desenvolvimento de medidas de qualidade de vida espiritual e existencial (Volcan et al., 2003).

Por sua vez, a medida dos determinantes de saúde, como as condições de vida e comportamentos relacionados à saúde, assume maior relevância quando políticas de promoção de saúde passam a ser adotadas (White, 1990).

Amplia-se, assim, o elenco de instrumentos voltados à mensuração do estado de saúde. As várias dimensões da qualidade de vida em saúde passam a ser escrutinadas e quantificadas com instrumentos validados e traduzidos para diferentes idiomas. Entre os instrumentos para avaliação global da qualidade de vida em saúde alguns passam a ter utilização mais ampla como o WHOQol extenso, o WHOQol abreviado (OMS, 1998), (ambos já com versão em português e aplicados no Brasil) e o SF36 (*Short Form 36*) também já validado, traduzido e aplicado no Brasil (Ciconelli, 1997). Alguns instrumentos para a avaliação global da saúde possibilitam a geração de um *índice único, global*; outros, como o *MOS – 36 item Short Form (SF36)*, geram vários índices que mensuram as diversas dimensões do estado de saúde abordadas pelo instrumento, produzindo um *perfil de estado de saúde* (McDowell e Newell, 1996). O SF-36 foi incorporado ao Health Survey of England, em 1996 (Viacava, 2002). Análises com o SF-36, combinando as várias dimensões do indicador em apenas duas (saúde física e saúde mental), também têm sido desenvolvidas (Ware et al., 1994).

Instrumentos que medem dimensões específicas da saúde, especialmente a saúde mental também são utilizados nas avaliações de estado de saúde. O SRQ 20, por exemplo, permite avaliar o percentual de pessoas com distúrbios psiquiátricos menores. Este instrumento, desenvolvido sob patrocínio da OMS (WHO, 1994), vem gerando várias publicações brasileiras (Ludemir e Melo Filho, 2002). Trata-se de questionário reduzido, com pequeno tempo despendido em sua aplicação e considerado com qualidades de custo-efetividade para avaliações em comunidade (Harpham et al., 2003).

A *auto-avaliação da saúde*, que tem sido usada como indicador de *bem-estar*, constitui uma autoclassificação global do estado de saúde para a qual a pessoa considera além de possíveis doenças de que seja portadora, o impacto que geram no bem-estar global: físico, mental e social. É considerado um bom indicador da saúde pessoal. É altamente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e mortalidade. Revisão da literatura confirma a validade do indicador como preditor da mortalidade (Idler e Benyamini, 1997).

Autores têm, entretanto, enfatizado a dificuldade de comparação de resultados de análises de saúde baseadas em percepções e relatos. A influência de contextos culturais seria muito forte, limitando a possibilidade de comparações entre nações; autores apresentam indícios de importante inconsistência nos resultados obtidos em análises de saúde percebida e referida (Sadana et al., 2002).

Observa-se, assim, a ampliação do espectro dos indicadores de saúde que passam a ser utilizados nas últimas décadas. McDowell e Newell (1996) apontam a interação dinâmica existente entre o desenvolvimento de indicadores de saúde e as necessidades que os geram: *“Just as language molds the way we think, our health measurements influence (and are influenced by) the way we define and think about health. Social reforms are based on the information that is available to us, so the selection and publication of indicators of health both reflects and guide social and political goals”*.

As novas modalidades de indicadores de saúde que vêm sendo propostas não derivam de fontes secundárias de dados como ocorre com a mortalidade e alguns indicadores de morbidade. Inquéritos de base populacional representam

oportunidades únicas para a obtenção de informações sobre morbidades percebidas, incapacidades, limitações, impactos nas atividades da vida diária e na qualidade de vida, auto-avaliação da saúde, avaliação de saúde mental, prevalência de fatores de risco e de comportamentos não-saudáveis.

Os inquéritos de saúde - Breve histórico

Inquéritos nacionais de saúde vêm sendo realizados com frequência crescente, de forma periódica ou contínua, e têm passado a constituir parte essencial dos sistemas de informação utilizados para a formulação e avaliação das políticas sociais e de saúde (Viacava, 2002). Estas pesquisas têm apresentado abrangência diversificada seja quanto aos temas de saúde tratados ou quanto aos subgrupos populacionais envolvidos. Os inquéritos de saúde de base populacional tiveram implementação mais significativa a partir dos anos 60, nos países desenvolvidos, e, em períodos posteriores, passam a ser aplicados com mais frequência também nos países subdesenvolvidos. Em alguns destes países, com grande precariedade dos sistemas rotineiros de registros de dados, os inquéritos representam muitas vezes a única forma de obtenção de informação (Cesar e Tanaka, 1996).

Nos Estados Unidos, inquéritos periódicos de saúde foram iniciados no final da década de 50. O “*National Health Interview Survey*” (NHIS) foi realizado pela primeira vez em 1957 e desde 1960, passou a ser aplicado anualmente pelo *National Center for Health Statistics (NCHS)*, componente do *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. Com o objetivo de monitorar as tendências de morbidades e incapacidades, o conteúdo do inquérito sofreu atualizações a cada 10 a 15 anos e passou por reformulação importante na década de 90. Em 1995, o processo amostral foi redesenhado de forma a sobreamostrar as populações negra e hispânica e a obter amostras de todos os estados. Em 97, foi proposta uma reestruturação do questionário que passou a contar com 3 módulos: o Básico (com questionário para família, adulto e criança), o Periódico e o Tópico. A taxa

de resposta do NHIS tem sido superior a 90%. O inquérito que foi realizado em 2004 incluiu itens sobre: estado de saúde e limitações, lesões e envenenamentos, acesso e uso de serviços de saúde, dados sóciodemográficos, renda, seguros de saúde, saúde mental (crianças), comportamentos de saúde e conhecimentos e atitudes sobre aids (adultos). Cobre atualmente 43.000 casas e 106.000 pessoas por ano e as entrevistas, feitas por 400 entrevistadores, são realizadas com *laptop* (*computer assisted personal interviewer - CAPI*) (NCHS - NHIS, 2004).

Modalidade de inquérito, que combina entrevistas com exames clínicos, foi também implementada pelo NCHS, na mesma época em que teve início o NHIS. Os *Health Examination Surveys (HES)* foram realizados em 1960/62, 1963/65 e 1967/70; a partir de 1970, iniciou-se a realização dos *National Health and Nutritional Examination Surveys (NHANES)* tendo sido o NHANES I realizado em 1971/75, o NHANES II em 1976/80 e o NHANES III em 1988/94. Em 1982/84 foi realizado o NHANES destinado especialmente aos hispânicos. Em 1999, o NHANES passou a ser contínuo, havendo um conteúdo definido para o período 1999-2004. Este inquérito constitui o maior programa do NCHS e examina anualmente cerca de 5.000 pessoas. A entrevista inclui dados demográficos, socioeconômicos e sobre dieta e saúde. O exame, realizado em unidades móveis, inclui exames médicos, odontológicos, medidas fisiológicas e testes laboratoriais aplicados por profissionais altamente treinados (NCHS - NHANES, 2004). Vários estudos de seguimento vêm sendo acoplados a estes inquéritos do NCHS.

Pelo *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP)*, também componente do CDC, passou a ser desenvolvido, desde 1981, o *Behaviour Risk Factor Surveillance System (BRFSS)*, que constitui o maior sistema de vigilância por telefone realizado no mundo. Iniciado em 1981/83 passou a ser aplicado anualmente a partir de 1984, quando 15 estados participaram. Em 1994, todos os estados americanos já estavam participando do sistema. O objetivo de criação do BRFSS foi o de obter dados de fatores de riscos para estados e unidades geográficas menores, visto que o NCHS já obtinha

informações de fatores de risco, mas apenas com estimativas globais para o país. Mais de 266.000 entrevistas foram realizadas em 2003. No questionário desta pesquisa para o ano de 2004, foram incluídas 21 sessões centrais (estado de saúde, acesso a serviços de saúde, exposição excessiva ao sol, exercício, álcool, tabaco, *screening* de câncer de próstata, armas de fogo, etc...) além de outros 20 módulos opcionais. (CDC, 2004). Um inquérito especial para adolescentes passou a ser desenvolvido nos anos 90, o *Youth Risk Behaviour Surveillance System (YRBSS)* (CDC, 2003).

Além destes, inúmeros outros inquéritos de grande porte, sobre os mais diferentes temas relativos à saúde, têm sido realizados nos Estados Unidos.

Os inquéritos de base populacional também têm sido bastante freqüentes em vários outros países. No Reino Unido, que teve um inquérito de morbidade realizado em 1943/52, (*Survey of Sickness*), foi iniciada, em 1971, a aplicação anual do *General Household Survey (GHS)*. Com o objetivo de permitir interrelacionar diferentes áreas de política social e monitorar mudanças, os resultados deste inquérito são muito utilizados pelo governo central e por profissionais e pesquisadores. A partir de 2000, o GHS passa a ser constituído por dois elementos: um contínuo (com igual conteúdo entre 2000-2005) e os *trailers*. O *contínuo* é composto por um *questionário familiar* que contém questões demográficas, da moradia e de posse de bens, e um *questionário individual*, respondido por pessoas com 16 anos ou mais, que inclui tópicos como emprego, pensões, educação, saúde, uso de serviços, fumo, bebida, renda e informações sobre a família. A amostra é tomada a partir dos arquivos de códigos de endereçamento postal. Desde 1990, cerca de 10.000 moradias e 19.000 pessoas são amostradas anualmente.

O Reino Unido iniciou, em 1990, o *National Statistics Omnibus Survey* com o objetivo de obter resultados rápidos sobre temas diversos como contraceptivos, medicamentos, cigarro, acesso a internet, transporte, uso do tempo, mudança na renda familiar, etc. Apenas uma pessoa de 16 anos ou mais é sorteada por domicílio, o que implica em uso de ponderação especial para as estimativas. As entrevistas são realizadas pessoalmente por entrevistadores (CAPI).

Os dados da pesquisa, que vai a campo 8 vezes ao ano, com uma amostra mensal de 3.000 domicílios, são disponíveis para nível regional (United Kingdom. Department of Health, 2004).

Várias outras pesquisas são realizadas no Reino Unido como os inquéritos sobre: Estilo de vida, Problemas específicos de saúde, Saúde Mental e Percepção do público sobre o NHS.

Em 1991 começou a ser aplicado o *Health Survey for England*, cobrindo a população adulta com 16 anos ou mais e passando, a partir de 1995, a incorporar na amostragem também as crianças. A cada ano, a pesquisa focaliza diferentes grupos demográficos, ou diferentes condições de saúde e de fatores de risco. A pesquisa combina questionários com medidas físicas. Inclui questões sobre saúde e indicadores psicossociais, demográficos e socioeconômicos; consumo de cigarro e álcool; indicadores de uso de serviços de saúde e de medicamentos e medidas de altura, peso e de pressão arterial. O inquérito tem incluído mensurações de colesterol, fibrinogênio, hemoglobina e cotinina, entre várias outras. A amostra anual inclui cerca de 16.000 adultos e 4.000 crianças (United Kingdom. Department of Health, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem promovido, nas últimas décadas, várias pesquisas multicêntricas, envolvendo muitos países, sobre os mais diferentes temas de saúde. Algumas destas pesquisas incluem inquéritos de base populacional como a realizada sobre a prevalência de fatores de risco das doenças não transmissíveis em 10 países (Berrios et al., 1997) e o estudo multicêntrico sobre comportamento suicida (ideação, plano e tentativa) que inclui inquérito de base populacional que vem sendo desenvolvido em 8 países dentro do Projeto SUPRE-MISS (WHO, 2002).

Mais recentemente, a OMS organizou a realização de um inquérito de saúde que está sendo aplicado em 71 países, entre os quais o Brasil. Trata-se do *World Health Survey (WHS)* que tem por objetivo coletar informações para o indicador de Performance dos Sistemas de Saúde. Esta iniciativa busca superar parte das críticas que vem sendo apresentadas ao indicador proposto pela OMS em 2000 (Almeida et al., 2001). O *WHS* contém questões sobre: estado de

saúde (avaliado em várias dimensões), capacidade de resposta dos serviços de saúde, cobertura de um conjunto de serviços de saúde, fatores de risco, gastos com saúde, desempenho do sistema de saúde e avaliação da assistência de saúde feita pelos usuários (WHO, 2003).

No Canadá, foi iniciado em 1994/95 o primeiro Inquérito Nacional Populacional de Saúde (*National Population Health Survey – NPHS*), que é realizado a cada dois anos em moradores de domicílios e em população institucionalizada. O inquérito inclui um componente transversal e um longitudinal. A pesquisa contém questões sobre estado de saúde, uso de serviços de saúde, determinantes de saúde e dados demográficos e socioeconômicos. Cada ciclo da pesquisa inclui mais de 17.000 pessoas com 12 anos ou mais. (Statistics Canada, 1999)

Um outro inquérito o *National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY)* é realizado também desde 1994, em crianças com até 11 anos de idade. Para assegurar a qualidade das estimativas, um procedimento ponderado de *bootstrap resampling* é utilizado e divulgado (Canadian Institute for Health Information, 2003).

Um novo inquérito foi iniciado no Canadá em 2000, para prover estimativas de saúde em nível subprovincial, o que corresponde a 136 regiões do país. Trata-se do *Canadian Community Health Survey (CCHS)*, com ciclos bienais. No primeiro ano os dados são coletados para obter estimativas regionais, com amostra de 130.000 pessoas, e entrevistas de 45 minutos; no outro ano os dados geram estimativas para as províncias a partir de 30.000 pessoas sorteadas e entrevistas de 60 minutos. São usadas entrevistas por telefone e entrevistas pessoais assistidas por computador (CAPI). (Statistics Canada, 2000).

A província de Quebec vem realizando inquéritos periódicos desde 1980, com extensa publicação dos achados. Foram realizados inquéritos em 1987, em 1992-93 e em 1998. Estes inquéritos revestem-se de interesse, também, pelas estratégias organizacionais e metodológicas que adotam (Bellerose et al., 1994; Daveluy et al. 2001).

Nas últimas décadas, diversos inquéritos de base populacional vêm sendo desenvolvidos na América Latina. Uma base de dados sobre Inquéritos

Domiciliares realizados na América Latina e Caribe, implementada pela Organização Panamericana da Saúde, contabiliza 106 pesquisas incluindo apenas as realizadas entre 1985 e 1999. Destes inquéritos, 6 foram realizados no Brasil e igual número no Chile e também na Colômbia. O Peru teve 14 pesquisas realizadas, a Bolívia 10 e a Argentina apenas uma. A maior parte destas pesquisas é constituída por *Demographic and Health Surveys* (DHS com 24 pesquisas), e *Living Standards and Measurement Surveys* (LSMS com 23 pesquisas) (PAHO, sd).

Os primeiros *Living Standards Measurement Surveys* (LSMSs), foram desenvolvidos, em 1985, em Costa do Marfim e, em 1985/86, no Peru, com financiamento do Banco Mundial. Com suporte deste Banco, e de outras agências, muitas pesquisas desta modalidade vêm sendo realizadas em países subdesenvolvidos. Em 1991-92, inquéritos deste tipo foram financiados na Rússia e países da antiga União Soviética. No Brasil, em 1997, pesquisa da modalidade LSMS também foi realizada: a Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV) (Viacava, 2002).

Os inquéritos têm produzido um volume formidável de informações que têm sido utilizadas por instâncias governamentais de diferentes níveis e setores, além de prover dados para inúmeras pesquisas sobre os mais diferentes temas, proporcionando significativo avanço do conhecimento em saúde.

No Brasil, inquérito pioneiro de base populacional, sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde, de âmbito municipal, foi iniciado em Ribeirão Preto (SP), em 1974-75 (Carvalho, 1975). Este inquérito colocou em pauta, em nosso meio, as várias questões metodológicas desta modalidade de pesquisa, e estimulou o desenvolvimento de projetos subsequentes. Ao projeto de Ribeirão Preto (SP), seguiram-se o realizado em Botucatu (SP), em 1983-84, que aprimorou alternativas metodológicas (Carandina et al., 1986; Lebrão et al., 1991), e o realizado na região de Itapeçica da Serra (SP). Este último, que envolveu 8 municípios, foi realizado em 1989/90, em convênio da Universidade de São Paulo com a Secretaria Estadual de Saúde. Significativos achados sobre o uso de serviços de saúde foram publicados a partir deste inquérito (Cesar et al., 1996; Cesar e Tanaka, 1996).

As pesquisas de maior abrangência geográfica, realizadas no Brasil, iniciaram-se em 1974/75 com o *Estudo Nacional de Despesa Familiar* (ENDEF), que se seguiu, na temática, com as *Pesquisas de Orçamento Familiar* (POF) realizadas de 1987 e 1996. Voltadas para as questões de nutrição e reprodução, foram realizadas a *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição* (PNSN), em 1989, pelo INAN e IBGE e a *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* (PNDS) realizada em 1996, sob os auspícios da BENFAM (DHS). Em 1996, havia sido realizada a Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF). Pela abrangência e periodicidade, revestem-se da maior importância no Brasil as *Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios* (PNADs). Estas pesquisas, que tiveram início em 1967, são realizadas anualmente e hoje abrangem todos os estados brasileiros só não incluindo a área rural da Região Norte. Mais de 100.000 domicílios são visitados a cada ano (Viacava, 2002).

A potencialidade da PNAD para a realização de inquéritos de saúde foi identificada já na década de 70. Com a experiência obtida no projeto de Ribeirão Preto, Carvalheiro (1976)* apresentou ao Ministro da Saúde uma proposta para a realização em 1977 de uma PNAD Saúde. Este autor cita a existência de proposta semelhante feita por Kappel em 1972.

Apenas em 1981 é realizada uma PNAD com um suplemento de Saúde. Os suplementos de saúde, que têm gerado informações importantes em termos nacionais, foram aplicados em 1981, 1986, 1988, 1998 e 2003. O suplemento de 1998, financiado pelo programa REFORSUS do Ministério da Saúde, cobriu informações sobre estado de saúde, morbidade, planos de saúde, acesso e uso de serviços de saúde e internações, entre outros. Um número da revista *Ciência & Saúde Coletiva* foi dedicado inteiramente à publicação das análises de vários dos tópicos presentes na *PNAD 98* (Viacava et al., 2002).

Inúmeros inquéritos são realizados em bairros e municípios brasileiros e em populações de área de abrangência de serviços de saúde; são realizadas muitas

* Carvalheiro JR. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliárias. (Projeto) FMRP-USP, 1976.

pesquisas sobre temas específicos, que enfocam subgrupos específicos de sexo e idade ou ocupação, mas pesquisas de morbidade, uso de serviços e prevalência de fatores de risco de base populacional, de maior abrangência, ainda não são comuns no país.

Os projetos de desenvolvimento de inquéritos nacionais específicos de saúde vão se consolidando com algumas iniciativas recentes. A pesquisa realizada em 1996/97 pelo IBGE, a *Pesquisa sobre Padrão de Vida* (PPV), que cobriu 5.000 domicílios das regiões nordeste e sudeste trouxe novos conhecimentos sobre a saúde no país e ensaiou metodologias e abordagens para inquéritos de saúde nacionais. O Instituto Nacional do Câncer, com financiamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS realizou o Inquérito de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA) e o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não-transmissíveis. Este último, realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, investigou pessoas com 15 anos ou mais, abordando os seguintes temas: dados sociodemográficos, comportamentos relacionados à saúde, exposição solar, exposição ocupacional, detecção de câncer de colo de útero e mama, hipertensão arterial, diabetes, colesterol, câncer, percepção de saúde, morbidade referida, qualidade de vida-condição funcional, acidente de trânsito e violência familiar. Os resultados do inquérito devem subsidiar a constituição do Sistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis - SISDANT (INCA, 2004).

O VIGESCOLA (INCA, 2005), que foi desenvolvido inicialmente pelo CDC e está sendo promovido pela OMS e pela OPAS, propõe-se a monitorar o tabagismo de estudantes de 13 a 15 anos. Foi realizado pela primeira vez no Brasil em 2002/2003, em 12 capitais brasileiras, com alunos de escolas públicas e privadas (7ª e 8ª série do Ensino Fundamental e 1ª série do Ensino Médio).

Também a Pesquisa Mundial de Saúde (parte do WHS já referido), realizada com 5.000 famílias em todas as regiões brasileiras, entre janeiro e setembro de 2003, desenvolvida pela OMS e coordenada pelo CICT da Fiocruz, significa um aporte de conhecimentos sobre saúde e de experiências com métodos e conceitos necessários ao desenvolvimento de inquéritos (FIOCRUZ, 2005).

Os inquéritos de saúde possibilitam obter informações sobre diferentes dimensões do estado de saúde, sobre determinantes demográficos, sociais, econômicos e culturais da saúde-doença, além de comportamentos relacionados à saúde, muitos dos quais constituem conhecidos fatores de risco de doenças crônicas. Além disto, os inquéritos permitem conhecer a realidade do acesso aos múltiplos serviços e atividades da saúde. Em todas estas dimensões os inquéritos possibilitam o reconhecimento e análise do padrão das desigualdades sociais na saúde.

Os inquéritos populacionais e o planejamento e avaliação em saúde

Entre as principais aplicações dos inquéritos de base populacional encontram-se o planejamento e a avaliação dos serviços de saúde.

Os projetos de reforma do sistema de saúde e a ênfase em ações de “promoção da saúde” (Dickinson, 1994), passam a exigir novos tipos de informações de saúde. Novos indicadores para a avaliação dos serviços de saúde têm sido gerados no campo da Epidemiologia da Qualidade (Armenian e Kazandjian, 1995; Donabedian, 1990). O desenvolvimento dos instrumentos deu-se especialmente em decorrência do trabalho da epidemiologia junto à prática clínica e do desenvolvimento do conceito de qualidade, aplicado não só a processo, estrutura e resultados dos serviços de saúde, (Donabedian, 1990) mas à qualidade de saúde de pacientes e populações.

Os sistemas geradores das informações em saúde devem considerar, necessariamente, as questões de custo, rapidez, conteúdo, quantidade e cobertura. E os processos de obtenção devem resguardar a validade e a consistência das informações obtidas (Armenian e Kazandjian, 1995).

Os inquéritos de saúde vêm cada vez mais se consolidando como elemento fundamental no processo de planejamento, principalmente nos países desenvolvidos. Uma contribuição única dos inquéritos, com base populacional, é permitir o conhecimento dos problemas de saúde da parcela da população

que não tem acesso aos serviços, o que é impossível através dos estudos de demanda, ou seja, através dos registros dos pacientes atendidos nas diversas instituições de saúde.

Uma outra contribuição exclusiva destes inquéritos é a descrição do padrão de utilização dos serviços de saúde, principalmente na realidade brasileira, dada a complexidade do sistema de saúde. A grande diversidade de instituições prestadoras de serviços, públicas e privadas, e a insuficiente integração, regionalização e hierarquização de serviços, impossibilita um diagnóstico consistente a partir dos prestadores, determinando a busca de informações por meio dos consumidores. No dizer de Campos (1993),

até onde se sabe, nenhum outro tipo de investigação seria capaz de revelar o que se passa fora dos sistemas de saúde. Desta forma, os estudos de morbidade, demanda e utilização de serviços com base nos inquéritos populacionais prestar-se-iam, especialmente, a estudar a primeira fase da utilização, tal como definida por Dever (1988), isto é, a percepção da enfermidade e a ação demandante por serviços (ou a ocorrência da enfermidade e a não-ação demandante).

As pesquisas de base populacional, que vêm estudando morbidade e acesso a serviços de saúde, têm uma dupla importância no Brasil. A primeira delas refere-se às próprias informações obtidas e divulgadas e a segunda ao desenvolvimento metodológico que permita a replicação destes estudos em diferentes áreas do país, adaptando a metodologia aplicada inicialmente nos países desenvolvidos às condições da realidade nacional.

Os inquéritos de base populacional permitem superar uma das grandes limitações dos dados obtidos a partir da demanda, que por serem altamente seletivos, “ocultam um dos aspectos mais importantes da avaliação de serviços de saúde nos países em desenvolvimento, e mesmo naqueles desenvolvidos: a iniquidade no acesso aos serviços de saúde” (Cesar e Tanaka, 1996).

Os inquéritos e a desigualdade social em saúde

Uma característica que marca a sociedade brasileira é a profunda desigualdade econômica e social com o conseqüente impacto nos perfis de saúde-doença dos subgrupos da população. Registros consistentes do efeito das desigualdades sociais em saúde vêm sendo acumulados de longa data em países europeus. A Inglaterra é dos países com mais tradição no estudo dessa temática e a publicação do *Black Report* foi um marco importante na mensuração da magnitude e no monitoramento das disparidades sociais em saúde (Black et al., 1986). O tema das desigualdades tem sido retomado com mais fôlego na década de 90 frente à verificação da persistência ou ampliação dos diferenciais de mortalidade entre os segmentos sociais em vários países europeus (WHO, 1996; Kunst, 1997; Mackenbach et al., 1997).

Os estudos de desigualdades sociais em saúde ganham na última década grande aporte oriundo do desenvolvimento de métodos e desenhos de estudos, da diversificação dos eventos de saúde que passam a constituir objetos de análise, da utilização de novas técnicas de mensuração das disparidades e do acúmulo de conhecimentos sobre os principais vieses a que os estudos estão sujeitos. Entre os novos eventos e indicadores de saúde que passam a ser analisados nos estudos de iniquidades encontram-se: esperança de vida livre de incapacidades, mortes evitáveis, morbidades específicas, incapacidades, deficiência física, acesso, uso e qualidade dos serviços de saúde, fatores de risco para doenças crônicas (Borrel, 1997; Kunst, 1997; Silva e Barros, 2002) e auto-avaliações de saúde (Kennedy et al, 1998; Muntaner et al., 2003). Diversificadas abordagens e desenhos de estudo passam a ser utilizados e aperfeiçoados, os de agregados e os de base individual, transversais ou de coorte, com ou sem vinculação entre os bancos que geram numeradores e denominadores (Borrel, 1997; Silva e Barros, 2002).

Os estudos utilizam diferentes variáveis e classificações na configuração dos estratos socioeconômicos ou das classes sociais (Kunst, 1997; Muntaner et al., 2003). São publicadas análises que comparam o uso de diferentes classificações. Entre as variáveis, a ocupação ganha espaço destacado: “*Occupation should be*

considered a core socioeconomic variable: the level of earnings available and the educational level required to be employed in these occupations reflect structural changes in the national and international economies, which in turn affects the types and distribution of occupations” (Krieger e Moss, 1996). Diferenciam-se entre as classificações de ocupações, as hierárquicas das estruturais, estas com orientação marxista ou de filiação mais eclética (Kunst, 1997; Muntaner et al., 2003). Com outra perspectiva, pesquisadores propõem mensurar as diferenças da distribuição do evento saúde entre os indivíduos, dispensando prévia definição do pertencimento a estratos socioeconômicos (Gakidou et al., 2000).

Para quantificar e monitorar a disparidade social em saúde, inúmeras medidas são propostas e ensaiadas (Schneider et al., 2002), tendo Kunst (1997) contabilizado 15 diferentes tipos de medidas que têm sido usadas por pesquisadores para sumarizar as diferenças observadas entre os estratos sob estudo. Este autor analisa os limites, potenciais e aplicações de cada um destes tipos de medidas e propõe classificá-las com o uso das dicotomias: medidas absolutas ou relativas, de efeito ou de impacto, brutas ou modeladas. O autor reconhece que, embora extremamente úteis, as medidas síntese não podem substituir a descrição detalhada das taxas dos subgrupos estudados.

No avanço dos estudos diferenciou-se uma linha de investigação que buscou analisar o impacto do próprio grau de concentração de riquezas sobre a saúde independentemente do nível de pobreza ou carência. Estes estudos produziram achados significativos de piores riscos de morbimortalidade nas áreas com maiores concentrações de renda (Kennedy et al, 1998; Subramanian e Kawachi, 2003), embora alguns questionamentos recentes tenham sido avançados sobre a consistência desses resultados (Lynch et al., 2003).

Além dos avanços no campo técnico-científico assistiu-se a um crescente envolvimento de agências de governo e não-governamentais que promovem oficinas, grupos de trabalho, forças-tarefa e lançam iniciativas e programas voltados para o monitoramento e intervenções sobre as iniquidades em saúde. Nos Estados Unidos, em 1994, realizou-se a *US Conference on Measuring Social Inequalities in Health*, promovida pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH), cujo

relatório final recomendou a inclusão e publicação de dados socioeconômicos, com destaque à ocupação, nos bancos de Estatística Vital, de registro de doenças, nos inquéritos nacionais e em pesquisas não-governamentais financiadas com fundos federais (Krieger e Moss, 1996). A OMS lançou *Equity in Health and Health Care: a WHO Initiative*, em 1996 (WHO, 1996). A ONU, com os relatórios sobre desenvolvimento humano, estimulou a discussão sobre os indicadores de desigualdades sociais e o seu monitoramento; o Banco Mundial priorizou as áreas de nutrição, saúde e população com vistas à redução da pobreza e seu impacto na saúde. A Fundação Rockefeller lançou a *Global Health Equity Initiative*, selecionando a questão da equidade em saúde como prioridade para atenção e suporte. Em junho de 2000, foi criada a *International Society for Equity in Health*, cuja Conferência Inaugural teve lugar em Havana (Gwatkin, 2000; Silva e Barros, 2002).

Diferentes paradigmas e correntes de pensamento embasam as iniciativas científicas e as das agências que convergem suas atividades para o campo das iniquidades em saúde. Gwatkin (2000), identifica três correntes de pensamento/movimentos no interior deste campo que poderiam ser designados pelo seu enfoque central em: pobreza e saúde, desigualdades em saúde e equidade em saúde.

É reconhecido o grau extremo e superável das desigualdades sociais expressas nos níveis de saúde e também a crescente disparidade social entre países e entre classes sociais decorrentes de políticas econômicas alinhadas no processo de globalização e das contidas e restritas políticas sociais que provocam um processo crescente de exclusão social.

Estudos de equidade em saúde têm auxiliado a consubstanciar desenvolvimentos da epidemiologia que respondam mais diretamente às demandas do campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva como a construção de uma epidemiologia eco-social (Krieger, 2001; Berkman e Kawachi, 2000).

Na linha de investigação das desigualdades em saúde, os inquéritos de base populacional possibilitam a análise de indicadores como morbidade referida, qualidade de saúde, comportamentos relacionados à saúde e consumo de serviços.

Permitem assim ampliar os objetos de estudo nessa temática que, em geral, se vêem restritas a dados de mortalidade.

Possibilitando a análise da diferenciação social em saúde e contribuindo com o planejamento e avaliação de serviços, o projeto de pesquisa que dá origem à presente publicação se alinha aos esforços de aprimoramento da epidemiologia, visando o melhor entendimento dos perfis de saúde-doença e de uso de serviços pelos diferentes segmentos sociais da população.

REFERÊNCIAS

- Almeida C, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Miglionico A et al. Methodological concern and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357:1692-7.
- Armenian HK, Kazandjian VA. Epidemiological concepts in the measurement of health care quality In: Kazandjian VA. *The epidemiology of quality*. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1995.
- Bellerose C, Lavallée C, Camirand J. *Health and social survey, 1992-93*. Highlights: Santé Quebec; Quebec, 1994.
- Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Berrios X, Koponen T, Higuang T, Khaltayev N, Puska P, Nissinen A. Distribution and prevalence of major risk factors of non communicable diseases in selected countries: the WHO Inter - Health Programme. *Bull World Health Organ* 1997; 75(2):99-108.
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health: The Black Report*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books; 1986.
- Borrel C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em Saúde. In: Barata R, organizador. *Condições de vida e saúde*. Rio de Janeiro, ABRASCO; 1997. p. 167-95.
- Brock DW. The separability of health and well-being. In: Murray CJL et al. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: WHO; 2002. p.115-20.

Broome J. Measuring the burden of disease by aggregating well-being. In: Murray CJL et al. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: WHO; 2002. p. 91-113.

Campos CEA. Os inqueritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad Saúde Pública* 1993; 9:190-200.

Canadian Institute for Health Information. Health indicators: technical notes [on line]. 2003. Available from: URL: <http://secure.cihi.ca/indicators/en/tech2004.shtml> [2004 out 21].

Carandina L, Sanches O, Carvalheiro JR. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP. Descrição do plano amostral e avaliação da amostra. *Rev Saúde Pública* 1986; 20(6):465-74.

Carvalheiro JR. *Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares*. [Tese de Livre-Docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1975.

Castellanos PL. *Sistemas nacionales de vigilancia de la situacion de salud segun condiciones de vida y de impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington (DC):OPS/OMS;1991.

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RCB, organizador. *Condições de vida e saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p.31-75.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Behavioral risk factor surveillance system*. Atlanta; 1999.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *YRBSS: Youth Risk Behavior Surveillance System* [on line]. 2003. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm> [2005 Febr 21].

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. *Behavioral risk factor surveillance System: 2004 State Questionnaire* [on line]. Available from; URL: <http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2004brfss.pdf>. [2004 Oct 27]

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquerito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Supl. 2:59-70.

Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(2):153-60.

Charlson ME, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(11):1245-51.

Ciconelli, RM. *Tradução para o Português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcome Studies, 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)"* [Tese de doutorado]. São Paulo: UNIFESP; 1997.

Dever AGE. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira; 1988.

Dickinson H.D. The changing health-care system: controlling costs and promoting health In: Bolaria BS, Dickinson HD. *Health, illness, and health care in Canada*. Toronto: Harcourt Brace Comp.; 1994.

Donabedian A. Contributions of epidemiology to quality assessment and monitoring. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1990; 11(3):117-21.

Daveluy C, Pica L, Audet N, Courtemanche R, Lapointe F, Côté L, Baulne J. *Enquête sociale et de santé - 1998: documentation générale* [on line]. Montréal: Institut de la Statistique du Québec; 2001. (Cahier Technique et Méthodologique, 1). Disponível em: URL: <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/ctESS98Vol1.pdf> [2005 Fév 28].

Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med* 1990; 31(12):1347-63.

[FIOCRUZ] Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Informação Científica e Tecnológica. *CICT anuncia primeiros resultados da Pesquisa Mundial de Saúde* [on line]. 2005. Disponível em: URL: http://www.cict.fiocruz.br/index.php?pagina=arqnoticias/arq2004/saude_metal.htm [2005 mar 18].

Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and measuring health inequalities: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bull World Health Organ* 2000; 78 (1):42-54.

Griffin J. A note on measuring well-being. In: Murray CJL et al. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: WHO; 2002. p. 129-33.

Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: What can we do? *Bull World Health Organ* 2000; 78(1):3-18.

Harpham T, Reichenheim M, Oser R, Thomas E, Hamid N, Jaswal S et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy Plan* 2003; 18(3):344-9.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.

[INCA] Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro; 2004.

[INCA] Instituto Nacional do Câncer. Projeto VIGESCOLA : Vigilância de Tabagismo em Escolares [on line]. 2005. Disponível em: URL: <http://www.inca.gov.br/vigescola/> [2005 feb 10].

Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status and self-rated health: a US multilevel analysis. *BMJ* 1998;317:917-21.

Krieger N, Moss N. Accounting for the public's health: an introduction to selected papers from a US conference on "Measuring social inequalities in health". *Int J Health Serv* 1996; 26(3):383-90.

Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001; 30:668-77.

Kunst A. *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*. [Thesis]. Rotterdam: Erasmus University; 1997.

Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV- Morbidade referida em entrevistas domiciliares. 1983-84. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(6):452-60.

Lynch J, Harper S, Smith GD. Commentary: plugging leaks and repelling borders – where to next for the SS income inequality? *Int J Epidemiol* 2003; 32(6): 1029-36.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2):213-21.

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997; 349(9066):1655-9.

McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1996.

Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernandes E. The association of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population, *Int J Epidemiol* 2003; 32(6):950-8.

[NCHS – NHIS] National Center for Health Statistics. National Health Interview Survey [on line]. Available from: URL; <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhis/hisdesc.htm> [2004 Oct 20]

[NCHS – NHANES] National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey [on line]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/nhanes.pdf> [2004 Oct 20]

[OMS] Organização Mundial da Saúde. *Avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Genebra; 1998.

[OPS] Organización Panamericana de la Salud. De datos básicos a índices compostos: una revisión del análisis de mortalidad. *Bol Epidemiol* 2002; 23(4):1-2.

[PAHO] Pan American Health Organization. *Improving the Health of the Peoples of the Americas: data base of household surveys in Latin America and the Caribbean*. Washington (DC); sd.

Projeto PROADESS: Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro [on line]. Rio de Janeiro: ABRASCO, CICT-FIOCRUZ, ENSP, UNICAMP, FM-USP, FMRP-USP, FSP-USP, ISC-UFBA, IMS-UERJ; s.d. Disponível em: URL: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/index2v.htm> [2004 out 21].

Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CIL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL et al. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: WHO; 2002. p. 369-86.

Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Pan Am J Public Health* 2002; 12(6):375-83.

Schneider C, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Pan Am J Public Health* 2002; 12(6):398-414.

- Statistics Canada. National Population Health Survey [on line]. 1999. Available from: URL: http://www.statcan.ca/english/freepub/82F0068XIE/about_e.pdf [2004 out 21]
- Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey (CCHS): Cycle 1.1: extending the wealth of health data in Canada* [on line]. 2000. Available from: URL: <http://www.statcan.ca/english/concepts/health/cchsinfo.htm> [2004 Oct 21]
- Subramanian SV, Kawachi I. The association between state income inequality and worse health is not confounded by race. *Int J Epidemiol* 2003; 32(6):1022-8.
- Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Lima RCM, Goulart F. Adaptação do perfil de saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):905-14.
- United Kingdom. Department of Health. *Health Survey for England* [on line]. Available from: URL: <http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PublishedSurvey/ListOfSurveySince1990/GeneralSurveys/fs/en> [2004 Oct 27].
- Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):607-21.
- Viacava F, Leite IC, Travassos C. Editorial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):604-6.
- Volcan SM, Sousa PL, Mari JJ, Horta BL. Relação ente bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4):440-5.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *SF-36 Physical and mental health summary scales: a user's manual*. Boston: The Health Institute; 1994.
- White F. La epidemiología y el fomento de la salud: una perspectiva canadiense *Bol Oficina Sanit Panam* 1990; 108(1):1-14.
- [WHO] World Health Organization. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva: WHO; 1994.
- [WHO] World Health Organization. *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Geneva: WHO; 1996.
- [WHO] World Health Organization. *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviour SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: WHO; 2002.
- [WHO] World Health Organization. World Health Survey: new instrument and related documents [on line]. 2003. Available from: <http://www3.who.int/whs/P/instrumentandrel8293.html> [2005 Febr 23]

METODOLOGIA

Questão Luiz Otávio Costa

I

Material e método

METODOLOGIA

CHESTER LUIZ GALVÃO CESAR

O Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo, ISA-SP, é um estudo de corte transversal para análise das condições de vida e de saúde, incluindo uso de serviços de saúde, por meio de entrevistas domiciliares.

As áreas estudadas

O estudo foi realizado em quatro áreas do Estado de São Paulo, duas no interior; Município de Botucatu e Município de Campinas, e duas na Região da Grande São Paulo; a Subprefeitura do Butantã, pertencente ao município de São Paulo e uma área formada por três municípios, localizados na região sudoeste da Grande São Paulo: Taboão da Serra, Embu e Itapecerica da Serra. As quatro áreas da pesquisa têm sido locais de atuação das três universidades públicas do estado, USP, UNESP e UNICAMP, inclusive com programas docentes-assistenciais.

Os municípios de Taboão da Serra e Embu foram desmembrados de Itapecerica da Serra em 1959, quando passaram a ser municípios autônomos. Taboão da Serra, com 20 km² de extensão é delimitado pela região sudoeste da cidade de São Paulo. Sua população em 2002 foi estimada em 205.547 habitantes, a densidade demográfica em 10.312,20 hab/km² e a taxa de crescimento entre 1991 e 2000 foi de 2,44% ao ano. A rodovia Régis Bittencourt praticamente o divide ao meio, em duas regiões com características diferentes. A primeira, localizada a leste é a mais densamente povoada e onde vive a população

mais pobre, a segunda área, localizada a oeste, é menos habitada e sua população detém um melhor padrão de vida (Carvalho, 2004).

O Município de Embu dista 27 km da cidade de São Paulo e possui uma extensão territorial de 70 km². Em 2002 a população residente era de 218.535, a densidade demográfica de 3.224,66 hab/km² e a taxa de crescimento populacional entre 1991 e 2000 foi de 3,29% ao ano. Na década de sessenta, com o surgimento do “Embu das Artes”, tornou-se importante centro de atração turística e em 1979, foi atribuída a categoria de Estância Turística (Carvalho, 2004).

O Município de Itapeverica da Serra fica a 33 km da capital. Com um território de 151 km² apresentou, em 2002, uma população de 138.952 e uma densidade demográfica de 1.041,04 hab/km². A taxa de crescimento populacional entre 1991 e 2000 foi de 4,79%. Sua origem foi um aldeamento indígena, marcado pela influência jesuíta e pela imigração alemã, sendo transformado em colônia alemã. Teve como marco importante no seu desenvolvimento a construção de um ramal da Estrada de Ferro Sorocabana, que cortava todo o município. Seu desenvolvimento econômico teve limites por situar-se em área de proteção de mananciais. A população destes três municípios concentra-se nas faixas etárias jovens e na década de noventa houve elevação da participação dos idosos (Carvalho, 2004).

Estes municípios apresentam diferenças tanto no que se refere à condição socioeconômica, quanto na organização dos serviços de saúde. Taboão da Serra destacou-se por melhores condições socioeconômicas. Em 2002, mais de 95,0% dos moradores dos três municípios eram atendidos pela rede geral de água e por coleta de lixo. A proporção de rede de esgoto sanitário foi de 24,3% para Itapeverica da Serra, 57,6% para Embu e 84,3% para Taboão da Serra. Em 2002, o coeficiente de mortalidade infantil em Taboão foi de 12,48 óbitos por 1.000 nascidos vivos, no Embu foi de 13,98/1.000 NV, e em Itapeverica de 10,1/ 1.000 NV. Na década de noventa houve ampliação da rede pública de serviços na área: implantação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de quatro unidades de Pronto-Socorro, duas maternidades municipais e dois hospitais

gerais pertencentes à rede estadual. A ampliação quantitativa de serviços de saúde superou o crescimento populacional do período, tanto na rede ambulatorial quanto na rede hospitalar (Carvalho, 2004).

A Subprefeitura do Butantã cobre uma área de 56,1 km² e é formada pelos distritos administrativos do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia. A população estimada para 2004 é de 377.576 habitantes, a densidade demográfica de 6.730,4 hab/km² e o crescimento populacional entre 1991 e 2000 foi de 0,32%. A principal atividade econômica é serviços, empregando 48,7% dos trabalhadores, seguida de comércio com 22,0%, indústria com 15,0%, construção civil com 14,2% e, os 0,1% restantes empregados em outras atividades. O Butantã possui cerca de 13% da sua população morando em favelas, aproximadamente 50.000 pessoas, contrastando com áreas de alto poder aquisitivo, na mesma região. O percentual de domicílios com rede de água é de 99,4%, com rede de esgoto de 92,4% e com coleta de lixo de 99,5%. Possui seis hospitais: um municipal, 3 estaduais e 2 privados, que no conjunto dispõem de 544 leitos SUS. O coeficiente de mortalidade infantil, em 2002, foi de 11,9 por mil nascidos vivos. (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2004).

O município de Botucatu situa-se na região centro-oeste do Estado de São Paulo. Segundo o Censo do IBGE de 2000 (IBGE, 2000), totalizou 108.306 habitantes, com densidade demográfica de 72,40 hab/km². Sua taxa geométrica de crescimento anual, de 1991 a 2000 foi de 2,02% ao ano. Sua população rural é menor que 5%. Em 2000 apresentava 98,63% dos domicílios urbanos com abastecimento de água e 94,13% com esgoto sanitário. O município tem poucas indústrias (CAIO, DURATEX, NEIVA) e não possui agroindústrias de grande porte. Predomina o setor terciário de atividades.

A assistência à saúde de seus municípios é prestada por uma rede básica de 17 unidades, duas em convênio com a Faculdade de Medicina e quatro Unidades são do Programa de Saúde da Família. Conta ainda com um Ambulatório de Especialidades que é regional e ainda não foi municipalizado. Botucatu é sede da DIR XI que abrange 31 municípios. Como recursos Hospitalares, Botucatu

sedia o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UNESP, um Hospital Regional que mantém convênio com a FMB e com a SES para a área de Maternidade. Conta ainda com um Hospital Psiquiátrico Estadual de abrangência Regional e com uma Santa Casa, atualmente único Hospital Privado. O Pronto-Socorro do Hospital Regional atende os munícipes, junto com o Pronto-Socorro mais complexo do Hospital Universitário. A rede privada é representada essencialmente pela Unimed, que atende funcionários de empresas e seus familiares e convênios individuais.

O Município de Campinas possui um milhão de habitantes e consiste em um pólo industrial e tecnológico do Estado de São Paulo. Com uma área de 887 km² apresenta uma densidade demográfica de 1.118,83 hab/km². Segundo dados preliminares do censo de 2000, a população é constituída por 74% de brancos e 68,4% de católicos. Entre os habitantes com 10 anos ou mais de idade, 33% têm 11 anos ou mais de escolaridade e 4,9% um ano ou menos; 6,37% têm rendimento mensal de até 1 salário mínimo e 11,4% têm renda de 10 SM ou mais. Dos domicílios existentes, 99,9% têm iluminação elétrica, 76,86% contam com linha telefônica instalada e 27,7% com computadores. Dos habitantes estimados para 2004, 9,5% têm 60 anos de idade ou mais.

O município apresenta indicadores favoráveis de saúde. O Coeficiente de Mortalidade Infantil de 2003 foi de 12,2/1.000NV sendo de 2,77 o Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal. Dos 5.711 óbitos ocorridos em 2003, 31,2% foram por Doenças do Aparelho Cardiovascular, 18,2% por neoplasias e 14,3% por causas externas. O impacto da violência é significativo; as mortes por causas externas representam a segunda causa no sexo masculino, com 21,3% dos óbitos. No sexo feminino este grupo de causa básica corresponde à 6ª causa em importância com 4,7% das mortes. Dos 13.368 nascimentos vivos ocorridos em 2003, 15,2% foram de mães adolescentes. O IDH do município é de 0,852. Em 2000 a cidade tinha 1,79 leitos por 1000 hab. Tem 46 unidades básicas de saúde, cada uma dimensionada para cerca de 20.000 habitantes. (Secretaria Municipal de Saúde – Campinas-SP, 2000).

A população de estudo

Foram entrevistadas 6.819 pessoas entre abril de 2001 e março de 2002, divididas entre amostras da população residente em cada uma das quatro áreas de estudo. Os setores censitários sorteados foram estratificados segundo o nível socioeconômico definido pela proporção de chefes de família com diferentes graus de escolaridade. Os dados foram coletados em seis cortes, ao longo de doze meses, distribuídos igualmente pelas áreas, isto é, foram aplicados questionários em todas as áreas no período de doze meses.

Foram definidos grupos de idade e sexo (domínios amostrais) com o intuito de garantir números mínimos na amostra para análises de cada uma das áreas de estudo. A definição desses domínios deve-se principalmente ao fato de que alguns subgrupos populacionais, como os menores de um ano e os de idade muito avançada, representem uma proporção muito pequena do total da população e estes são os grupos que normalmente apresentam maiores prevalências de problemas de saúde e freqüentemente procuram mais os serviços de saúde. Além disto, o grupo menor de um ano permite estudar questões ligadas à área materno-infantil, como pré-natal, parto e primeiro ano de vida, incluindo vacinação. Assim, ao invés de entrevistar-se todos os moradores do domicílio, o que faria com que a amostra tivesse uma estrutura por sexo e idade semelhante à população, foram entrevistados números semelhantes de indivíduos (aproximadamente 200) para cada domínio, garantindo-se assim número suficiente de observações em cada grupo de idade e sexo, com um tamanho de amostra total menor (1600 em cada área estudada).

Os grupos definidos segundo a idade e o sexo foram:

| | |
|----------------------|-------------------|
| Menor de 1 ano M e F | 1 a 11 anos M e F |
| 12 a 19 anos M | 12 a 19 anos F |
| 20 a 59 anos M | 20 a 59 anos F |
| 60 anos e mais M | 60 anos e mais F |

Instrumento de coleta de dados

As informações foram obtidas através de questionários aplicados por entrevistadores, respondidos diretamente pelos moradores sorteados ou pela mãe ou responsável por crianças menores de 12 anos, garantindo-se assim maior confiabilidade das informações, principalmente àquelas referentes aos problemas de saúde de menor gravidade.

O questionário, previamente testado em um estudo piloto, foi organizado em blocos, segundo áreas temáticas, com a maioria das questões fechadas, com alternativas pré-definidas. Sempre que possível foram incluídas questões já testadas em outros estudos.

A seguir estão descritos os diversos blocos que compõem o questionário:

O *Bloco A* refere-se a informações gerais sobre a composição familiar necessária para estabelecer os primeiros elementos das condições de vida.

O *Bloco B* constitui-se em instrumento de controle para a realização das visitas, registrando-se as razões para eventual não realização das entrevistas.

A morbidade referida, para o período de 15 dias, é estudada no *Bloco C*, onde se procura identificar, nos indivíduos sorteados, as situações de saúde/doença experimentadas nos 15 dias anteriores à entrevista, com possibilidades de destaque para as causas externas. Além dessa identificação, procura-se trabalhar com a demanda gerada aos serviços de saúde e da satisfação da mesma o que é estudado por meio do *Bloco C*.

O *Bloco D* levanta informações sobre a presença de diagnósticos de doenças crônicas, com ênfase naquelas de maior importância e prevalência. Justifica-se esse bloco pela relevância crescente dessas doenças no nosso meio e pela sua complexidade manifestada nos programas de atenção à saúde. Os *Blocos D1* e *D2* analisam respectivamente questões referentes à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, incluindo perguntas sobre o controle e o conhecimento destas doenças.

O *Bloco E* questiona sobre a existência de deficiência física, avaliando a demanda aos serviços de saúde por este problema no *Bloco E*.

O **Bloco F** investiga a ocorrência de acidentes ou violências nos doze meses anteriores à entrevista e suas conseqüências sobre os entrevistados.

O **Bloco G** arrola questões relativas à utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses e de serviços de saúde nos quinze dias anteriores à entrevista, na ausência de morbidade, e o **Bloco G₂** descreve os serviços de saúde utilizados.

O **Bloco H** investiga o uso de serviços de saúde para exames preventivos para doenças como hipertensão arterial, câncer de mama, de útero e de próstata.

O **Bloco I** levanta, detalhadamente, dados sobre uso de vacinas e contém também algumas questões sobre conhecimento da transmissão da Dengue e do controle do *Aedes*.

O **Bloco J** estuda o consumo de medicamentos pela população entrevistada, incluindo questões sobre medicamentos genéricos.

O **Bloco K** refere-se a hospitalizações nos 12 meses anteriores à entrevista e o **Bloco K₂** descreve os serviços utilizados

No **Bloco L** são exploradas as questões referentes ao estilo de vida, aprofundados em quatro de seus tradicionais capítulos: atividade física, hábitos alimentares, fumo e consumo de álcool. Os hábitos alimentares são estudados por meio do “Índice de Qualidade da Dieta” adaptado de Kennedy (1995). Para avaliação das atividades físicas foi utilizada a “versão curta” do Questionário Internacional de Atividade Física divulgado pelo Programa “Agita São Paulo” (Secretaria de Estado da Saúde, 2005) e já validado por Matsudo et al. (2001). O consumo de álcool foi estudado por meio do teste CAGE (Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A, 2004) e de algumas perguntas específicas sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

O **Bloco M** – Saúde Emocional utiliza um modelo de questionário, com 20 questões (SRQ-20), desenvolvido pela OMS (WHO, 1994).

Faz-se o uso do questionário de auto avaliação de saúde (SF-36), no **Bloco N**, na sua versão validada no Brasil.

Os **Blocos O e Q** estão voltados para a caracterização sócio-econômica do entrevistado (O) e do chefe da família (Q), e o **Bloco P** descreve as características da família e do domicílio. Conjuntamente com as informações colhidas no **Bloco**

A é possível descrever, com esses quatros blocos, as condições de vida dos indivíduos entrevistados, variável essencial para entender a distribuição das doenças, bem como o acesso às respostas sociais.

No *Bloco R*, procura-se apurar o gasto mensal familiar com a saúde no grupo estudado.

No *Bloco S* são investigadas questões relativas ao pré-natal, parto e primeiro ano de vida para todos os menores de um ano sorteados para entrevista.

Aspectos éticos

Os objetivos da pesquisa foram apresentados aos indivíduos sorteados e foi solicitado o consentimento assinado de participação no estudo, após conhecimento dos objetivos do estudo e do tipo de informação que seria solicitada. Foi assegurada a confidencialidade das informações levantadas, sendo que apenas dados consolidados foram analisados e divulgados, impossibilitando a identificação dos indivíduos pesquisados. O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelas Comissões de Ética das três universidades participantes.

Entrevistadores

Os entrevistadores, selecionados com pelo menos segundo grau completo, receberam treinamento para a aplicação dos questionários e foram avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa. Cerca de 10% da produção de cada um deles foi avaliada por nova entrevista parcial (entrevista de controle). Não foram selecionados entrevistadores com formação na área de saúde e o treinamento enfatizou a importância de anotarem com precisão o referido pelos entrevistados, visto que a pesquisa trabalhou com a morbidade referida.

Processamento e análise dos dados

Os dados foram codificados diretamente nos questionários e digitados em máscara de EpiInfo. Para a codificação dos problemas de saúde e doenças referidas foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1995), para a classificação das ocupações e das atividades econômicas foram usadas a Classificação de Ocupações do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2000) e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas - Domiciliar CNAE-Domiciliar (IBGE, 2005). A codificação dos medicamentos referidos foi feita de acordo com a classificação Anatomical Therapeutic Chemical-ATC (WHO, 1990). Foram utilizados o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, para a estruturação do banco de dados, e o STATA para a sua análise.

Os programas para processamento e análise dos dados incorporaram os fatores de ponderação da amostra, baseados nas frações amostrais dos setores censitários (segundo características socioeconômicas) e dos indivíduos entrevistados (segundo idade e sexo).

REFERÊNCIAS

Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis, *J Clin Epidemiol* 57(1):30-9, 2004.

Carvalho WO de. *Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990-2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde.* São Paulo; 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde pública da USP].

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação Nacional de Atividades Econômicas – Domiciliar - CNAE-Domiciliar* [on line]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/concla/cnaedom/cnaedom.php?sl=1> [2005 fev 26].

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação de Ocupações do Censo Demográfico de 2000.* Rio de Janeiro; 2000.

Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The Healthy Eating Index: design and applications. *J Am Diet Assoc* 1995; 95:1103-8.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*; 10ª revisão. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1995.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Programa “Agita São Paulo”. [on line]. Disponível em: <http://www.agitasp.com.br/>.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC et al. Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Ativ Fís Saúde* 2001; 6: 5-18.

Prefeitura Municipal de São Paulo. *Sumário de Dados 2004*. São Paulo; 2004 p.341-51.

Secretaria Municipal de Saúde - Campinas -SP. *Saúde em números* [on line]. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm [2004 dez 8].

[WHO] World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology and Nordic Council on Medicines. *Guidelines for ATC classification*. Oslo; 1990.

[WHO] World Health Organization. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva; 1994.

PLANO DE AMOSTRAGEM

MARIA CECÍLIA GOI PORTO ALVES

A amostra do ISA-SP foi obtida por procedimentos de amostragem probabilística, estratificada, por conglomerados em dois estágios.

População de estudo

A população de estudo foi constituída pelos residentes em área urbana, em domicílios particulares ou coletivos dos municípios de São Paulo, Itapecerica da Serra, Embu, Taboão da Serra, Campinas e Botucatu, todos no estado de São Paulo.

Os municípios foram agrupados ou divididos nas seguintes áreas geográficas:

- Área 1** – Região Sudoeste da Grande São Paulo, composta pelos municípios de Embu, Taboão da Serra e Itapecerica da Serra;
- Área 2** – Administração Regional do Butantã no Município de São Paulo, composta pelos distritos de Jaguaré, Rio Pequeno, Raposo Tavares, Vila Sônia, Morumbi e Butantã.
- Área 3** – Município de Botucatu;
- Área 4** – Município de Campinas.

Para atender ao objetivo do estudo de obter estimativas para subpopulações definidas por sexo e idade, foram considerados os seguintes grupos: população

menor de um ano; população de 1 a 11 anos; homens de 12 a 19 anos; mulheres de 12 a 19 anos; homens de 20 a 59 anos; mulheres de 20 a 59 anos; homens de 60 anos ou mais; mulheres de 60 anos ou mais.

A tabela 1 mostra a distribuição da população nos grupos de idade/sexo (*N_i*) e área, que constituem os domínios de estudo. Os dados foram extraídos de arquivos fornecidos pelo IBGE, referentes à contagem da população de 1996, tendo sido considerada a população residente em domicílios particulares ou coletivos de setores censitários urbanos tipos 10, 11, 20, 30 e 31, que correspondem respectivamente a urbanos não especiais, urbanos especiais, urbanos não urbanizados, urbanos isolados não especiais e urbanos isolados especiais. A tabela 2 indica os números de setores urbanos de cada tipo e os números de domicílios existentes nesses setores (Fundação IBGE, 1997).

Tabela 1 – População residente em área urbana por grupo sexo/idade (*N_i*), segundo área. 1996. ISA-SP – 2002.

| GRUPO Sexo/idade | ÁREA | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|----------|----------|
| | R. Sudoeste GSP | Adm. Reg. Butantã | Botucatu | Campinas |
| < 1 | 10 302 | 5 924 | 1 533 | 13 211 |
| 1 a 11 | 111 944 | 68 835 | 18 450 | 157 792 |
| M / 12 a 19 | 43 486 | 30 815 | 7 689 | 66 962 |
| F / 12 a 19 | 43 485 | 30 815 | 7 689 | 66 961 |
| M / 20 a 59 | 126 009 | 105 704 | 24 072 | 236 101 |
| F / 20 a 59 | 130 712 | 116 391 | 25 294 | 251 037 |
| M / 60 e + | 8 407 | 14 160 | 4 403 | 32 934 |
| F / 60 e + | 10 951 | 18 314 | 5 803 | 43 828 |
| Subtotal | 485 296 | 390 958 | 94 933 | 868 826 |
| Ignorado | 1 730 | 1 889 | 21 | 1 705 |
| Total | 487 026 | 392 847 | 94 954 | 870 531 |

Obs.: A divisão por sexo do grupo etário de 12 a 19 anos foi feita considerando-se 50% em cada sexo, em função da não disponibilidade dessa informação na base de dados do IBGE utilizada.

Tabela 2 – Domicílios (*M*) e setores censitários urbanos por tipo e área. 1996.
ISA-SP – 2002.

| SETORES / DOMICÍLIOS | ÁREA | | | |
|------------------------|-------------------|----------------------|-----------|------------|
| | R.Sudoeste GSP | Adm. Reg. Butantã | Botucatu | Campinas |
| Setores - Não especial | 303 | 353 | 80 | 705 |
| Especial | 37 | 59 | – | 103 |
| Não urbanizado | 16 | – | 1 | 2 |
| Isolada não especial | – | – | 4 | 25 |
| Isolada especial | – | – | – | – |
| Total | 356 | 412 | 85 | 835 |
| Domicílios | 123 138 | 108 258 | 26 770 | 248 180 |

Fonte: IBGE – Contagem de domicílios de 1996.

Amostra de pessoas e domicílios

Uma vez que a maior parte das estimativas do estudo são proporções de indivíduos com determinada característica, considerou-se na determinação do tamanho da amostra (número de indivíduos), a expressão algébrica:

$$n_0 = \frac{P.(1 - P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

onde *P* é a proporção de indivíduos a ser estimada; *z* é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; *d* é o erro de amostragem admitido e *deff* é o efeito do delineamento (Kish, 1965; Silva, 2001).

Considerando-se:

- um coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança ($z=1,96$);

- um erro de amostragem de 10%, indicando que a distância entre a estimativa da amostra e o parâmetro populacional não deveria exceder esse valor ($d=0,10$);
- que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais é de 50% ($P=0,50$), por ser a de maior variabilidade, que leva à obtenção de tamanhos de amostras conservadores;
- um efeito do desenho de 2;

a expressão que define n_0 totalizou 192, que foi arredondado para 200.

Para se proteger dos efeitos da não resposta e considerando-se que o percentual de indivíduos selecionados que não responderiam ao questionário (casa fechada e recusa) seria de 20%, o tamanho da amostra foi corrigido, obtendo-se: $n' = 200 / 0,80 = 250$.

Uma vez que os indivíduos são identificados no espaço geográfico por meio de seus domicílios, para cada área foi determinado o número de domicílios a serem sorteados. Calculou-se inicialmente o número médio de indivíduos por domicílio (r_i) em cada grupo sexo/idade, dado pela razão entre indivíduos e domicílios: $r_i = N_i / M$ (tabela 3), sendo N_i a população do grupo i e o M o número de domicílios, indicados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 3 – Razão entre indivíduos e domicílios (r_i), segundo área e grupo sexo/idade i. ISA-SP, 2002.

| GRUPO POP. | ÁREA | | | |
|-------------|--------------------|---------|----------|----------|
| | R. Sudoeste GSP | Butantã | Botucatu | Campinas |
| <1 | 0,084 | 0,055 | 0,057 | 0,053 |
| 1a 11 | 0,909 | 0,636 | 0,689 | 0,636 |
| M / 12 a 19 | 0,353 | 0,285 | 0,287 | 0,270 |
| F / 12 a 19 | 0,353 | 0,285 | 0,287 | 0,270 |
| M / 20 a 59 | 1,023 | 0,976 | 0,899 | 0,951 |
| F / 20 a 59 | 1,062 | 1,075 | 0,945 | 1,012 |
| M / 60 e + | 0,068 | 0,138 | 0,164 | 0,133 |
| F / 60 e + | 0,089 | 0,169 | 0,217 | 0,177 |

O número de domicílios necessários para que fossem incluídas na amostra 250 pessoas de cada grupo sexo/idade foi calculado por: $m_i = 250/r_i$ (tabela 4).

Tabela 4 – Números de domicílios necessários (m_i) para amostra de 250 pessoas por grupo sexo/idade, segundo área. ISA-SP, 2002.

| GRUPO POP. (sexo/idade) | ÁREA | | | |
|----------------------------|--------------------|---------|----------|----------|
| | R. Sudoeste GSP | Butantã | Botucatu | Campinas |
| <1 | 2977 | 4570 | 4386 | 4717 |
| 1a 11 | 276 | 394 | 363 | 394 |
| M / 12 a 19 | 709 | 879 | 872 | 926 |
| F / 12 a 19 | 709 | 879 | 872 | 926 |
| M / 20 a 59 | 245 | 257 | 279 | 263 |
| F / 20 a 59 | 233 | 233 | 265 | 248 |
| M / 60 e + | 3677 | 1812 | 1525 | 1880 |
| F / 60 e + | 2809 | 1478 | 1153 | 1413 |

Em cada área, foi tomado como tamanho de amostra o maior número de domicílios ($m = \max m_i$), para que em todos os domínios fosse garantida a precisão fixada (tabela 5).

Tabela 5 – Domicílios a serem sorteados (m). ISA-SP, 2002.

| ÁREA | m |
|-------------------------------------|------|
| Região Sudoeste da Grande São Paulo | 3677 |
| Adm. Regional do Butantã | 4570 |
| Botucatu | 4386 |
| Campinas | 4717 |

Considerando que não se desejava fazer sorteio dentro de cada domicílio e que se pretendia incluir na amostra somente 250 pessoas de cada domínio, foram sorteadas subamostras de domicílios, nos quais as pessoas dos distintos grupos de sexo/idade deveriam ser entrevistadas. Assim sendo, em alguns domicílios foram entrevistados todos os moradores e em outros, os que pertenciam a determinado grupo. Na tabela 6 estão indicadas as frações de domicílios sorteados ($p_i = m_i/m$), para cada grupo sexo/idade.

Tabela 6 – Fração de domicílios sorteados (p_i), segundo grupo sexo/idade e área. ISA-SP, 2002.

| GRUPO POP. (sexo/idade) | ÁREA | | | |
|----------------------------|----------------|---------|----------|----------|
| | R. Sud. GSP | Butantã | Botucatu | Campinas |
| <1 | 1,23 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 1a 11 | 13,32 | 11,59 | 12,08 | 11,97 |
| M / 12 a 19 | 5,18 | 5,18 | 5,02 | 5,09 |
| F / 12 a 19 | 5,18 | 5,18 | 5,02 | 5,09 |
| M / 20 a 59 | 15,00 | 17,78 | 15,72 | 17,93 |
| F / 20 a 59 | 15,58 | 19,61 | 16,55 | 19,02 |
| M / 60 e + | 1,00 | 2,37 | 2,87 | 2,50 |
| F / 60 e + | 1,29 | 3,08 | 3,80 | 3,33 |

Além da estratificação geográfica, os setores censitários foram divididos segundo nível de escolaridade dos chefes de família. Essa última estratificação visou aumentar a probabilidade de pessoas do estrato mais rico da população pertencerem à amostra, viabilizando a análise da situação de saúde e do uso de serviços de saúde segundo subgrupos sociais. Informações sobre escolaridade dos chefes estavam disponíveis na contagem da população feita pelo IBGE em 1996, fato que, acrescido da existência de relação entre nível de escolaridade e nível socioeconômico, justificou a escolha dessa variável para orientar a estratificação das áreas.

Em cada área, foram formados três estratos, agrupando-se os setores censitários segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5%; de 5 a 24,99% e com 25% ou mais. Em cada um dos estratos h , foi sorteado um terço dos domicílios da amostra: $m_h = m / 3$ e em cada grupo sexo/idade: $m_{hi} = m_i / 3$ (tabela 7).

Tabela 7 – Domicílios sorteados em cada grupo sexo/idade e área i , por área (m_i) e estrato (m_{ih}). ISA-SP, 2002.

| Área | Estrato | Grupo sexo / idade | | | | | | | |
|----------|----------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | Menor 1 ano | 1 a 11 | 12 a 19 M | 12 a 19 F | 20 a 59 M | 20 a 59 F | 60 e + M | 60 e + F |
| GSP | 1 | 992 | 92 | 236 | 236 | 82 | 78 | 1226 | 936 |
| | 2 | 992 | 92 | 236 | 236 | 82 | 78 | 1226 | 936 |
| | 3 | 992 | 92 | 236 | 236 | 82 | 78 | 1226 | 936 |
| | Subtotal | 2976 | 276 | 709 | 709 | 245 | 233 | 3677 | 2809 |
| Butantã | 1 | 1523 | 131 | 293 | 293 | 86 | 78 | 604 | 493 |
| | 2 | 1523 | 131 | 293 | 293 | 86 | 78 | 604 | 493 |
| | 3 | 1523 | 131 | 293 | 293 | 86 | 78 | 604 | 493 |
| | Subtotal | 4570 | 394 | 879 | 879 | 257 | 233 | 1812 | 1478 |
| Botucatu | 1 | 1462 | 121 | 291 | 291 | 93 | 88 | 508 | 384 |
| | 2 | 1462 | 121 | 291 | 291 | 93 | 88 | 508 | 384 |
| | 3 | 1462 | 121 | 291 | 291 | 93 | 88 | 508 | 384 |
| | Subtotal | 4386 | 363 | 872 | 872 | 279 | 265 | 1525 | 1153 |
| Campinas | 1 | 1572 | 131 | 309 | 309 | 88 | 83 | 627 | 471 |
| | 2 | 1572 | 131 | 309 | 309 | 88 | 83 | 627 | 471 |
| | 3 | 1572 | 131 | 309 | 309 | 88 | 83 | 627 | 471 |
| | Subtotal | 4717 | 394 | 926 | 926 | 263 | 248 | 1880 | 1413 |

Processo de amostragem

Foi utilizada amostragem por conglomerados em 2 estágios: setor censitário e domicílio (Kish, 1965). Em cada área, as probabilidades de seleção foram:

$M_{h\alpha} / M_h$ para cada unidade primária de amostragem (setor censitário),

$1 / M_{h\alpha}$ para cada unidade de amostragem de 2º estágio (domicílio),

sendo M_h o número total de domicílios dos setores urbanos do estrato de escolaridade h e $M_{h\alpha}$ o número de domicílios no setor censitário α , do estrato h .

A fração de amostragem global, em cada estrato, foi dada por (Kalton, 1983):

$$f_h = a_h \cdot \frac{M_{ha}}{M_h} \cdot b_h \frac{1}{M_{ha}} = \frac{m_h}{M_h}$$

sendo $m_h = a_h \cdot b_h$ o número de domicílios sorteados no estrato h ; a_h o número de setores censitários e b_h o número de domicílios por setor.

As unidades primárias de amostragem foram, portanto, sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios da Contagem Populacional de 1996 do IBGE (tabela 8). Foi utilizado sorteio sistemático, aplicado à relação de unidades primárias ordenadas segundo tipo de setor (não especial, especial, não urbano, isolada, não especial, isolada especial), dentro de cada estrato.

Tabela 8 – Número de domicílios (M_h) no estratos de escolaridade.
ISA-SP, 2002.

| ÁREA | % chefes c/ nível universitário | | | Total |
|------------------------|---------------------------------|-----------|-------|--------|
| | < 5 | 5 a 24,99 | >=25 | |
| Região Sudoeste da GSP | 92451 | 28053 | 2634 | 123138 |
| Butantã | 25592 | 34405 | 48261 | 108258 |
| Botucatu | 9594 | 11505 | 5671 | 26770 |
| Campinas | 95057 | 75937 | 77186 | 248180 |

Fonte: IBGE – Contagem Populacional de 1996

Na etapa seguinte, os setores sorteados foram percorridos para se proceder à elaboração de uma relação atualizada de endereços. A partir dessa listagem, foram selecionados, por sorteio sistemático, os domicílios da amostra. Em cada área, os números de setores, domicílios por setor e total de domicílios sorteados nos estratos de escolaridade estão indicados na tabela 9.

Tabela 9 – Setores (a_h), domicílios em cada setor (b_h) e total de domicílios (m_h) sorteados em cada estrato h . ISA-SP, 2002.

| ÁREA | a_h | b_h | m_h |
|------------------------|-------|-------|-------|
| Região Sudoeste da GSP | 10 | 122,7 | 1226 |
| Butantã | 10 | 152,4 | 1524 |
| Botucatu | 10 | 146,2 | 1462 |
| Campinas | 10 | 157,3 | 1573 |

Os domicílios sorteados pelo procedimento acima descrito compuseram a amostra principal de cada área e estrato. Todos os domicílios dessa amostra foram visitados para se localizar os indivíduos pertencentes ao grupo sexo/idade de menor frequência (menores de 1 ano em Butantã, Campinas e Botucatu e maiores de 60 anos, do sexo masculino na Região Sudoeste da Grande São Paulo). A procura por pessoas dos outros grupos foi feita na amostra de domicílios sorteada a partir dessa amostra principal, sendo que a fração de amostragem no grupo i foi dada por:

$$f_{hi} = \frac{m_h}{M_h} \cdot \frac{1}{p_i} = \frac{m_h/p_i}{M_h} = \frac{m_{hi}}{M_h}$$

sendo que os valores de p_i , m_{hi} e M_h constam nas tabelas 6, 7 e 8, respectivamente. O inverso da fração de amostragem ($F_{hi} = 1/f_{hi}$) pode ser interpretado como o número de pessoas da população "representadas" por pessoa sorteada.

A frequência de pessoas efetivamente entrevistadas está apresentada na tabela 10.

Tabela 10 – Pessoas entrevistadas, segundo grupo sexo/idade, estrato de escolaridade e área. ISA-SP, 2002.

| Área | Estrato | Grupo sexo / idade | | | | | | | | Total |
|----------|-----------------|--------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| | | Menor 1 ano | 1 a 11 | 12 a 19 M | 12 a 19 F | 20 a 59 M | 20 a 59 F | 60 e + M | 60 e + F | |
| GSP | 1 | 93 | 115 | 80 | 67 | 79 | 79 | 80 | 74 | 667 |
| | 2 | 52 | 48 | 66 | 69 | 76 | 77 | 112 | 154 | 654 |
| | 3 | 26 | 26 | 36 | 48 | 55 | 54 | 101 | 120 | 466 |
| | Subtotal | 171 | 189 | 182 | 184 | 210 | 210 | 293 | 348 | 1787 |
| Butantã | 1 | 158 | 164 | 123 | 115 | 88 | 96 | 53 | 56 | 853 |
| | 2 | 79 | 69 | 64 | 58 | 76 | 67 | 88 | 95 | 596 |
| | 3 | 42 | 38 | 45 | 52 | 58 | 44 | 62 | 69 | 410 |
| | Subtotal | 279 | 271 | 232 | 225 | 222 | 207 | 203 | 220 | 1859 |
| Botucatu | 1 | 82 | 84 | 96 | 101 | 85 | 89 | 54 | 50 | 641 |
| | 2 | 50 | 37 | 63 | 59 | 60 | 59 | 77 | 97 | 502 |
| | 3 | 22 | 51 | 40 | 43 | 48 | 51 | 84 | 106 | 445 |
| | Subtotal | 154 | 172 | 199 | 203 | 193 | 199 | 215 | 253 | 1588 |
| Campinas | 1 | 70 | 98 | 112 | 83 | 94 | 85 | 58 | 47 | 647 |
| | 2 | 32 | 63 | 44 | 68 | 58 | 67 | 90 | 77 | 499 |
| | 3 | 22 | 48 | 57 | 57 | 49 | 52 | 70 | 84 | 439 |
| | Subtotal | 124 | 209 | 213 | 208 | 201 | 204 | 218 | 208 | 1585 |

Estimadores

Os parâmetros a serem estimados são, em grande maioria, proporções, definidas pela expressão: $P = \sum_{i=1}^N Y_i / N$, sendo que N é o número de pessoas, $Y_i = 1$ se a pessoa i tem a característica em estudo e $Y_i = 0$, caso contrário (Silva, 2001).

Para estimar as proporções de interesse, em função do delineamento da amostra, foi adotado, em cada área e grupo sexo/idade, o estimador razão da forma (Kalton, 1983):

$$r = \frac{\sum_h^3 \sum_\alpha^{a_h} \sum_\beta^{b_{h\alpha}} \sum_j^{d_{h\alpha\beta}} w_{h\alpha\beta j} y_{h\alpha\beta j}}{\sum_h^3 \sum_\alpha^{a_h} \sum_\beta^{b_{h\alpha}} \sum_j^{d_{h\alpha\beta}} w_{h\alpha\beta j}}, \text{ onde } y_{h\alpha\beta j} \text{ é o valor da característica do elemento } j,$$

do domicílio β , do setor censitário α , do estrato de escolaridade h e $w_{h\alpha\beta}$ é o seu peso; $d_{h\alpha\beta}$ é o número de indivíduos no domicílio β , no setor censitário α , do estrato de escolaridade h ; $b_{h\alpha}$ é o número de domicílios no setor α do estrato h ; a_h é o número de setores no estrato h .

Como indicado pela expressão algébrica citada, as estimativas de proporções foram obtidas a partir da multiplicação dos resultados de cada pessoa pelo peso correspondente. Esse peso, constante no arquivo de dados, foi composto por dois fatores (Kish, 2003):

- peso do delineamento

A inclusão desse peso visa compensar as probabilidades desiguais de seleção e é definido pelo inverso da fração de amostragem (F_{hi}).

- ajuste dos pesos pela pós-estratificação

Ao se comparar dados da contagem populacional de 1996 feita pelo IBGE, com base nos quais foram calculados os pesos do delineamento, com os do censo de 2000 (tabela 11), foram observadas diferenças importantes, em especial nas faixas etárias extremas (menores de 1 ano e maiores de 60 anos de idade). Optou-se, por esse motivo, pela introdução de ajustes no peso do delineamento, de tal forma que a distribuição de sexo/idade da amostra coincidissem com a do censo de 2000 (Fundação IBGE, 2002).

Tabela 11 – População residente em área urbana por sexo/idade, segundo estrato de escolaridade do chefe e área, censo 2000. ISA-SP, 2002.

| Área | Estrato | Grupo sexo / idade | | | | | | | |
|----------|----------|--------------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | Menor 1 ano | 1 a 11 | 12 a 19 M | 12 a 19 F | 20 a 59 M | 20 a 59 F | 60 e + M | 60 e + F |
| GSP | 1 | 8967 | 93701 | 34848 | 36577 | 107403 | 113335 | 72222 | 9141 |
| | 2 | 2086 | 22736 | 9046 | 9229 | 30840 | 32934 | 3337 | 4347 |
| | 3 | 125 | 1326 | 754 | 724 | 2502 | 2958 | 312 | 473 |
| | Subtotal | 11178 | 117763 | 44648 | 46530 | 140745 | 149227 | 10871 | 13961 |
| Butantã | 1 | 2808 | 27796 | 9967 | 10292 | 29888 | 32067 | 2149 | 2888 |
| | 2 | 2059 | 22139 | 9904 | 9788 | 36508 | 41284 | 5713 | 7713 |
| | 3 | 1822 | 20740 | 10410 | 10192 | 45995 | 53683 | 8391 | 11405 |
| | Subtotal | 6689 | 70675 | 30281 | 30272 | 112391 | 127034 | 16253 | 22006 |
| Botucatu | 1 | 660 | 8158 | 3220 | 3199 | 9469 | 9751 | 1231 | 1449 |
| | 2 | 606 | 6601 | 2934 | 2909 | 11035 | 11856 | 2362 | 3356 |
| | 3 | 196 | 2733 | 1356 | 1324 | 5119 | 5543 | 1122 | 1713 |
| | Subtotal | 1462 | 17492 | 7510 | 7432 | 25623 | 27150 | 4715 | 6518 |
| Campinas | 1 | 7336 | 82753 | 31500 | 31232 | 104592 | 104592 | 11030 | 13741 |
| | 2 | 3067 | 37787 | 17876 | 17929 | 74215 | 80658 | 13931 | 18594 |
| | 3 | 2357 | 30061 | 15390 | 15826 | 69412 | 78829 | 13194 | 19045 |
| | Subtotal | 12760 | 150601 | 64766 | 64987 | 248219 | 267407 | 38155 | 51380 |

O ajuste foi feito por: $w_{hi}^{2000} = \frac{N_{hi}^{2000}}{\sum_j^{x_{hi}} F_{hij}}$, onde, para o estrato h grupo i ,

F_{hij} é o peso do delineamento do indivíduo j , x_{hi} é o número de pessoas entrevistadas e N_{hi}^{2000} é a população do censo de 2000. Uma vez que todos os indivíduos de um mesmo estrato e grupo sexo/idade têm o mesmo peso,

$$\sum_j^{x_{hi}} F_{hij} = x_{hi} \cdot F_{hi} \quad .$$

O peso final é expresso pelo produto dos dois pesos anteriores (Flayer et al., 1989).

$$w_{hi} = F_{hi} \cdot w_{hi}^{2000} = F_{hi} \cdot \frac{N_{hi}^{2000}}{x_{hi} \cdot F_{hi}} = \frac{N_{hi}^{2000}}{x_{hi}}$$

que é a razão entre a população do censo de 2000 e o número de indivíduos da amostra no estrato h , grupo i . Seus valores estão indicados na tabela 12.

Tabela 12 – Pesos amostrais segundo grupo sexo/idade, estrato de escolaridade e área. ISA-SP, 2002.

| Área | Estrato | Grupo sexo / idade | | | | | | | |
|----------|---------|--------------------|---------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|
| | | Menor 1 ano | 1 a 11 | 12 a 19 M | 12 a 19 F | 20 a 59 M | 20a 59 F | 60 e + M | 60e + F |
| GSP | 1 | 96,419 | 814,793 | 435,600 | 545,925 | 1359,532 | 1434,620 | 90,275 | 123,527 |
| | 2 | 40,115 | 473,667 | 137,061 | 133,754 | 405,789 | 427,714 | 29,795 | 28,227 |
| | 3 | 4,808 | 51,000 | 20,944 | 15,083 | 45,91 | 54,778 | 3,089 | 3942 |
| Butantã | 1 | 17,772 | 169,488 | 81,032 | 89,496 | 339,636 | 334,031 | 40,547 | 51,571 |
| | 2 | 26,063 | 320,855 | 154,750 | 168,756 | 480,368 | 616,179 | 64,920 | 81,189 |
| | 3 | 43,381 | 545,789 | 231,333 | 196,000 | 793,017 | 1220,06 | 135,339 | 165,290 |
| Botucatu | 1 | 8,049 | 97,119 | 33,542 | 31,673 | 111,400 | 109,562 | 22,796 | 28,980 |
| | 2 | 12,120 | 178,405 | 46,571 | 49,305 | 183,917 | 200,949 | 30,675 | 34,598 |
| | 3 | 8,9091 | 53,588 | 33,900 | 30,791 | 106,646 | 108,686 | 13,3571 | 16,160 |
| Campinas | 1 | 104,800 | 844,418 | 281,250 | 376,289 | 1112,680 | 1269,647 | 190,173 | 292,362 |
| | 2 | 95,844 | 599,794 | 406,273 | 263,662 | 1279,569 | 1203,851 | 154,789 | 241,480 |
| | 3 | 107,136 | 526,271 | 270,000 | 277,649 | 1416,571 | 1515,942 | 188,486 | 226,726 |

A distribuição de idade e sexo dos indivíduos da amostra está ilustrada na figura 1. As freqüências foram devidamente ponderadas, utilizando-se os valores da tabela acima. Para comparação com os resultados que seriam obtidos caso os pesos não fossem considerados, está apresentada na figura 2 a pirâmide de sexo/idade construída sem a inclusão de pesos.

Figura 1 – Pirâmide Populacional com pesos. ISA-SP, 2002.

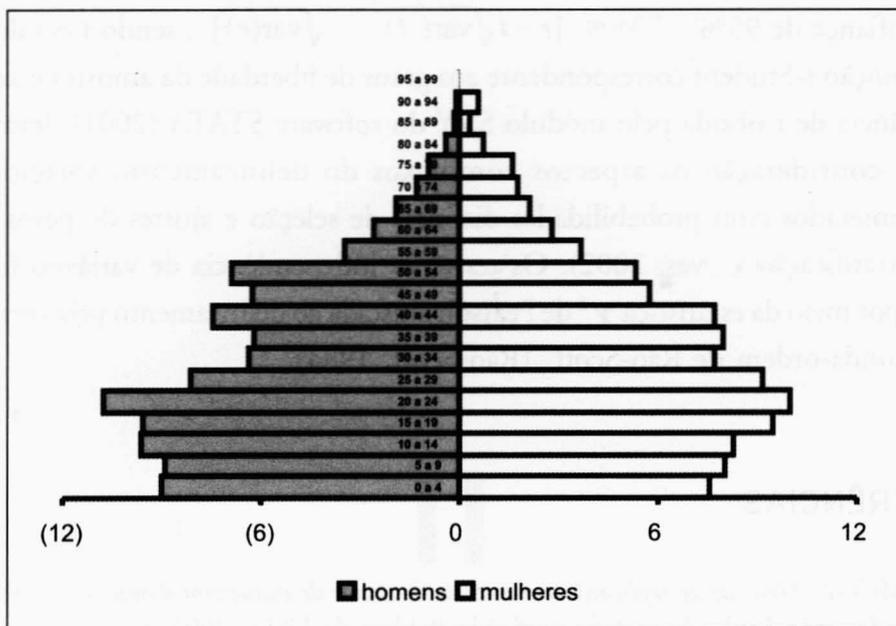
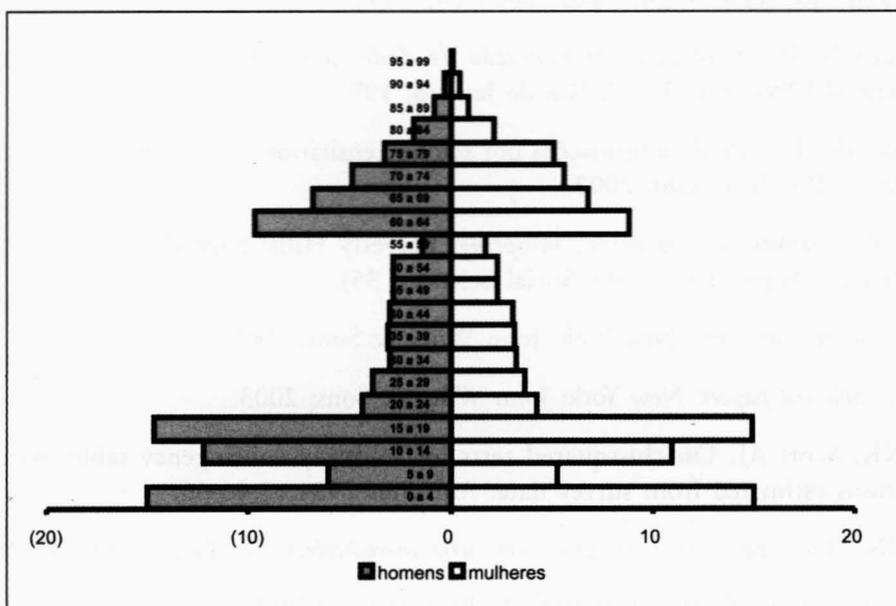


Figura 2 – Pirâmide Populacional sem pesos. ISA-SP, 2002.



A precisão das estimativas foi indicada pelo intervalo de confiança (nível de confiança de 95%), $IC_{(95\%)} : [r - t\sqrt{\text{var}(r)}; r + t\sqrt{\text{var}(r)}]$, sendo t o valor da distribuição t-Student correspondente aos graus de liberdade da amostra e $\text{var}(r)$, a variância de r obtida pelo módulo SVY do software STATA (2001), levando-se em consideração os aspectos complexos do delineamento: sorteio por conglomerados com probabilidades distintas de seleção e ajustes de pesos pela pós-estratificação (Alves, 2002). Os testes de independência de variáveis foram feitos por meio da estatística χ^2 de Pearson ajustada ao delineamento pela correção de segunda-ordem de Rao-Scott (Rao-Scott, 1984).

REFERÊNCIAS

- Alves MCGP. *Técnicas de replicação em análise de dados de inquéritos domiciliares* [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
- Flayer P, Rust K, Morganstein D. Complex survey variance estimation and contingency table analysis using replications. In: *Proceedings of the Survey Research Methods Section*. Washington (DC): ASA; 1989. Available from: http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/papers/1989_017.pdf [2004 Nov. 11]
- Fundação IBGE. *Sistema de recuperação de dados por setores censitários. Contagem Populacional 1996*. [CD Rom]. Rio de Janeiro; 1997.
- Fundação IBGE. Base de informações por setores censitários. Censo Demográfico 2000. [CD Rom]. Rio de Janeiro, 2002.
- Kalton G. *Introduction to survey sampling*. Beverly Hills: Sage Publications; 1983. [Quantitative Application in the Social Sciences, 35].
- Kish L. *Survey sampling*. New York: John Wiley & Sons; 1965.
- Kish L. *Selected papers*. New York: John Wiley & Sons; 2003.
- Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat* 1984;12:46-60.
- Silva NN. *Amostragem probabilística: um curso introdutório*. São Paulo: EDUSP; 2001.
- Stata Corporation. *Stata 7* [software]. College Station; 2001.

CONDIÇÕES DE VIDA

Cláudia Luz Galyte Costa



Condições de vida

CONDIÇÕES DE VIDA

CHESTER LUIZ GALVÃO CESAR

Introdução

Os estudos relacionados às desigualdades em saúde vêm apresentando importância crescente (OMS 2000, OPAS 2002). O principal foco destes estudos têm sido os diferenciais de saúde decorrentes das condições de vida, ou seja, as iniquidades em saúde, conforme enfatizado na introdução da presente publicação. Um referencial importante nos estudos sobre desigualdade em saúde foi o relatório de um grupo de trabalho inglês intitulado *Inequalities in Health - Report of a Research Working Group* divulgado, inicialmente através de poucas cópias mimeografadas, em 1980 (DHSS, 1980). Posteriormente os resultados do estudo foram publicados por Peter Townsend e Nick Davidson como *Inequalities in Health - The Black Report* (Townsend e Davidson, 1982). Embora os problemas de desigualdades em saúde já fossem bem conhecidos há séculos, foi o *Black Report* que abordou o problema de forma mais específica, estimulando novas pesquisas e discussões dirigidas a políticas de saúde nas duas décadas seguintes à sua publicação (Marmot, 2001).

Em 1997 foi solicitado pelo governo do Reino Unido um novo estudo independente sobre desigualdades em saúde, o *Independent Inquiry into Inequalities in Health* (Acheson, 1998). Os resultados mostraram que, apesar

do acesso universal aos serviços e da melhoria das condições de saúde da população, houve um aumento das desigualdades em saúde, privilegiando grupos sociais mais favorecidos. Também nos Estados Unidos foi mostrado que, embora tenha havido um declínio geral nas taxas de mortalidade, houve um aumento das disparidades em saúde, favorecendo as pessoas com níveis maiores de renda e educação (Pappas et al., 1993).

Pesquisas realizadas em diferentes países, inclusive no Brasil, mostram um grande diferencial tanto nos perfis de morbimortalidade como no acesso aos serviços de saúde, para os diferentes grupos populacionais segundo suas condições de vida (Almeida-Filho et al., 2003). No entanto, uma das dificuldades destes estudos, principalmente no nosso meio, é a definição de indicadores da condição social, ou mais amplamente das condições de vida, que possam ser utilizados na análise da situação de saúde. Os estudos publicados trabalham com uma diversidade de indicadores como renda, ocupação, escolaridade, condições de moradia, consumo de bens duráveis, classe social e outros. Têm sido propostos e utilizados, também, alguns indicadores compostos, que procuram expressar de forma mais completa as diversas dimensões do que vem a ser condição de vida. Dentre as várias possibilidades existentes têm se destacado o uso da escolaridade do chefe de família como um indicador de fácil coleta, relativa precisão e que permite uma classificação satisfatória das condições de vida (Borrel, 1997).

No presente inquérito de saúde, ISA-SP, foram coletadas diversas informações que permitem descrever diferentes aspectos das condições de vida dos entrevistados, dentre elas as condições da habitação e do seu entorno e informações sociodemográficas dos chefes das famílias da população estudada. A condição da habitação e do seu entorno foram categorizadas em *adequadas* ou *inadequadas*. Foram consideradas habitações com condições *adequadas*, as moradias constituídas por casas ou apartamentos, dispondo de rede interna de água ligada à rede pública, instalação sanitária interna ligada ao sistema público de esgoto e com iluminação artificial elétrica. Na ausência de uma ou mais destas condições a habitação foi categorizada como *inadequada*. O entorno da habitação foi considerado adequado quando a rua estava pavimentada e com guias e sarjetas,

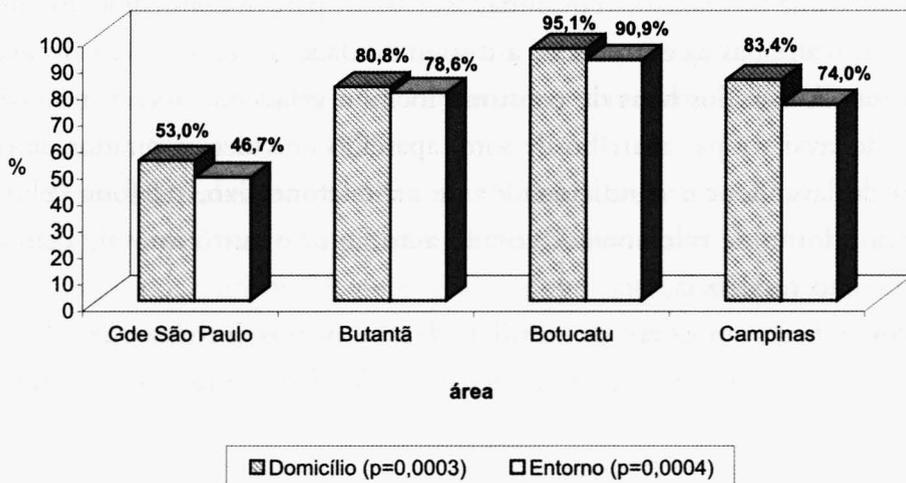
havia iluminação pública, rede pública de esgoto e coleta pública regular do lixo. Na ausência de uma ou mais destas condições o entorno da habitação foi considerado como inadequado. Foi ainda identificada para os domicílios visitados, onde foram realizadas as entrevistas, a disponibilidade de alguns bens duráveis de consumo. A lista dos bens de consumo incluiu: geladeira, freezer, televisão, máquina de lavar roupa, aparelho de som, aparelho de vídeo, aspirador de pó, máquina de lavar louça, condicionador de ar, telefone fixo, telefone celular, computador, forno de microondas, veículo automotor e outro imóvel, além do utilizado como residência.

Com relação ao chefe de família, dentre outras informações, foram identificados sexo, faixa etária, naturalidade, escolaridade e inserção na força de trabalho.

Condições de vida da população estudada

As condições de moradia ($p=0,0003$) e do entorno ($p=0,0004$) das habitações variou nas áreas estudadas conforme pode ser visto no gráfico 1. Botucatu apresentou a melhor condição de habitação com uma proporção alta de entrevistados, 95,1%, morando em habitações classificadas como adequadas. A pior situação ocorreu na Grande São Paulo, onde somente 53,0% dos entrevistados residiam em habitações adequadas. Butantã e Campinas apresentaram situações intermediárias, com valores de 80,8% e 83,4%, respectivamente. Situação semelhante ocorreu com o entorno da moradia (gráfico 1), com Botucatu apresentando o melhor valor, 90,9%, e a Grande São Paulo o pior, 46,7%. No Distrito do Butantã 78,6% das moradias situavam-se em um entorno urbano adequado e, em Campinas, o valor para entorno adequado foi de 74,0%.

Gráfico 1 – Porcentagem de habitação⁽¹⁾ e entornos⁽²⁾ adequados segundo área. ISA-SP, 2002



- (1) Habitação adequada: moradias constituídas por casas ou apartamentos, dispo de rede interna de água ligada à rede pública, instalação sanitária interna ligada ao sistema público de esgoto e com iluminação artificial elétrica.
- (2) Entorno adequado: rua pavimentada, guias e sarjetas, iluminação pública, rede pública de esgoto e coleta pública regular de lixo.

Campinas foi o Município que apresentou a menor proporção (17,1%) de entrevistados residindo em domicílio cujo chefe de família, identificado pelos moradores, era do sexo feminino. Nas demais áreas os valores foram maiores, sendo 27,6% para o Butantã; 28% para Botucatu e 24,2% para a Grande São Paulo (tabela 1, p=0,0006). A Grande São Paulo concentrou os entrevistados morando em domicílios com chefes de família mais jovens e em Campinas ocorreu o inverso, com os entrevistados residindo em famílias cujos chefes eram, em média, mais velhos (p<0,0001). A naturalidade dos chefes de família foi um dos itens que apresentou maior diferença entre as quatro áreas (p<0,0001). O município de Botucatu concentrou naturalidade no próprio município de residência, 44,9%, ou no Estado de São Paulo, 41,8%, somando 86,7%, enquanto na

Grande São Paulo 68,6% dos entrevistados morava em domicílios cujos chefes eram naturais de outros estados do País, principalmente do Nordeste, e em pequena proporção do exterior (tabela 1).

As famílias foram categorizadas de acordo com o grau de escolaridade do chefe em quatro estratos: chefes com até 3 anos de escolaridade, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos e chefes com 12 ou mais anos de escolaridade. Analisando-se as situações de maior e menor escolaridade, ou seja, menos de quatro anos e mais de 12 anos, vemos que a Grande São Paulo apresentou a maior proporção de entrevistados em famílias com chefes de baixa escolaridade, 28,9%, e o menor valor para alta escolaridade, 4,1%. Ocorreu o inverso com o Distrito do Butantã, com 15,8% dos entrevistados morando com chefes de baixa escolaridade e, 24,3%, morando com chefes com 12 ou mais anos de escolaridade. Botucatu e Campinas apresentaram situações intermediárias (Tabela 1, $p < 0,0001$).

Com relação à situação de emprego, a área da Grande São Paulo foi a que apresentou a maior proporção de chefes de família desempregados, 10,4%. A menor proporção dos que referiram estar desempregados, no dia da entrevista, foi observada no município de Botucatu, 3%. Campinas e Butantã apresentaram valores intermediários, 6,0% e 7,6%, respectivamente (Tabela 1, $p = 0,0019$).

O perfil das quatro áreas com relação aos bens duráveis de consumo foi muito semelhante, com exceção de computador que foi mais freqüente nos domicílios de Campinas, e veículo automotor, mais freqüente em Botucatu e Campinas.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos chefes de família dos domicílios dos entrevistados segundo área de residência. ISA-SP, 2002.

| Características dos Chefes de família | Área de residência | | | |
|--|--------------------|---------|----------|----------|
| | Gde. São Paulo | Butantã | Botucatu | Campinas |
| Sexo (p=0,0006) | | | | |
| Masculino | 75,8 | 72,4 | 72,0 | 82,9 |
| Feminino | 24,2 | 27,6 | 28,0 | 17,1 |
| Faixa etária (p<0,0001) | | | | |
| < 30 | 13,1 | 12,2 | 13,2 | 7,3 |
| 30-59 | 78,2 | 71,3 | 67,3 | 73,5 |
| 60 ou + | 8,7 | 16,5 | 19,5 | 19,2 |
| Naturalidade (p<0,0001) | | | | |
| Município de residência | 5,0 | 33,3 | 44,9 | 25,9 |
| Estado de São Paulo ¹ | 26,4 | 19,2 | 41,8 | 34,1 |
| Outros | 68,6 | 47,5 | 13,3 | 40,0 |
| Escolaridade (p<0,0001) | | | | |
| < 3 anos | 28,9 | 15,8 | 18,3 | 18,1 |
| 4-7 anos | 40,8 | 27,3 | 31,2 | 30,8 |
| 8-11 anos | 25,1 | 32,1 | 33,6 | 32,6 |
| 12 ou mais | 4,1 | 24,3 | 16,2 | 18,4 |
| Situação de trabalho (p=0,0019) | | | | |
| Em atividade | 78,2 | 76,2 | 71,6 | 75,7 |
| Desempregado | 10,4 | 7,6 | 3,0 | 6,0 |
| Outras ² | 11,4 | 16,2 | 25,4 | 18,3 |

¹ Não inclui o município de residência.² Aposentado, pensionista, dona de casa, estudante, "outros".

Escolaridade do chefe de família como indicador de condição de vida

O grau de escolaridade do chefe de família mostrou-se associado a características indicadoras de condição de vida. Assim, com relação às variáveis demográficas, ocorreu uma maior proporção de famílias com chefes mulheres no grupo de escolaridade mais baixa ($p=0,0001$) que nos demais (gráfico 2). Uma proporção maior de chefes com baixa escolaridade eram mais velhos, com idade acima de 60 anos ($p<0,0001$), conforme mostra o gráfico 3. Os migrantes, vindos de outros estados, principalmente da região nordeste, correspondem à maior proporção de chefes com baixa escolaridade, ocorrendo o inverso com os de naturalidade paulista, nascidos nas áreas estudadas ou vindos de outras regiões do Estado de São Paulo ($p<0,0001$), que são a maior proporção de chefes de família com alta escolaridade (gráfico 4). A baixa escolaridade concentrou também chefes sem atividades econômicas (aposentados ou pensionistas, desempregados e donas de casa), ocorrendo o inverso com a alta escolaridade ($p<0,0001$), como pode ser visto no gráfico 5.

Gráfico 2 – Sexo do chefe de família segundo a escolaridade. ISA-SP 2002

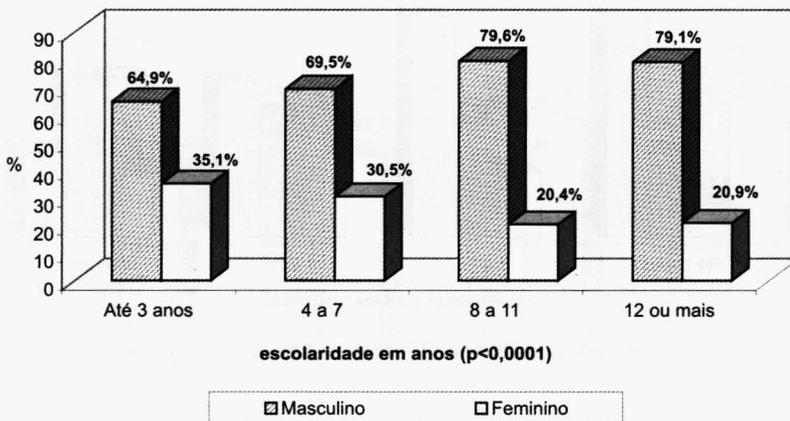


Gráfico 3 – Faixa etária do chefe de família segundo a escolaridade. ISA-SP 2002

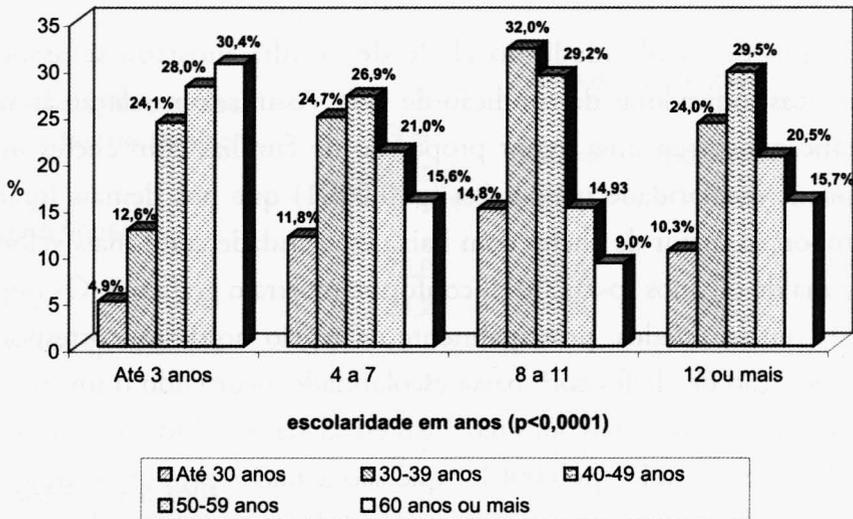
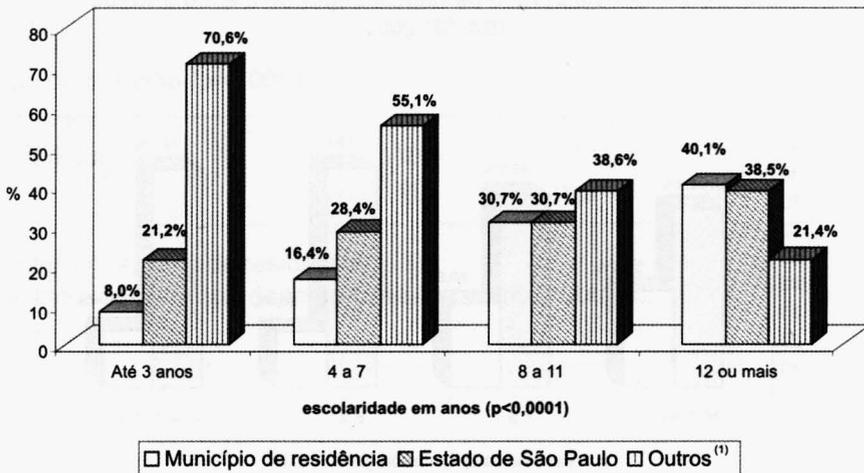
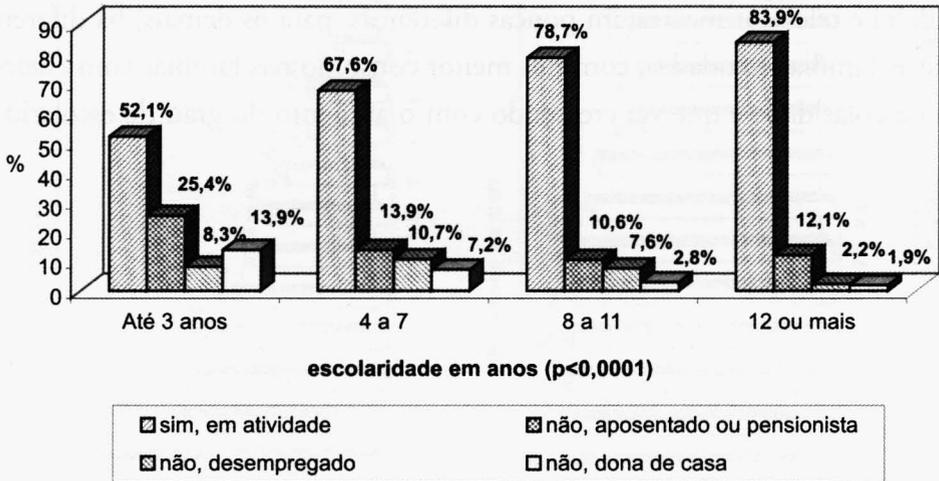


Gráfico 4 – Naturalidade do chefe de família segundo a escolaridade. ISA-SP 2002



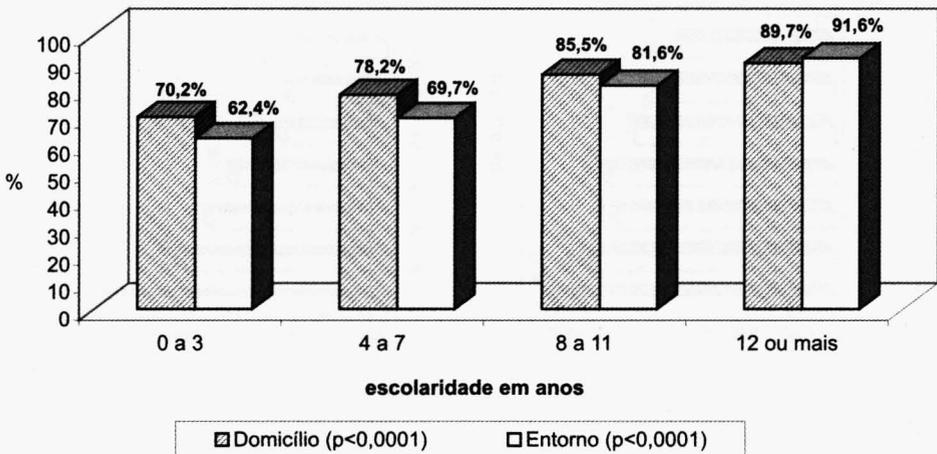
(1) Outros estados brasileiros ou outro país.

Gráfico 5 – Participação do chefe de família na força de trabalho segundo escolaridade. ISA-SP, 2002.



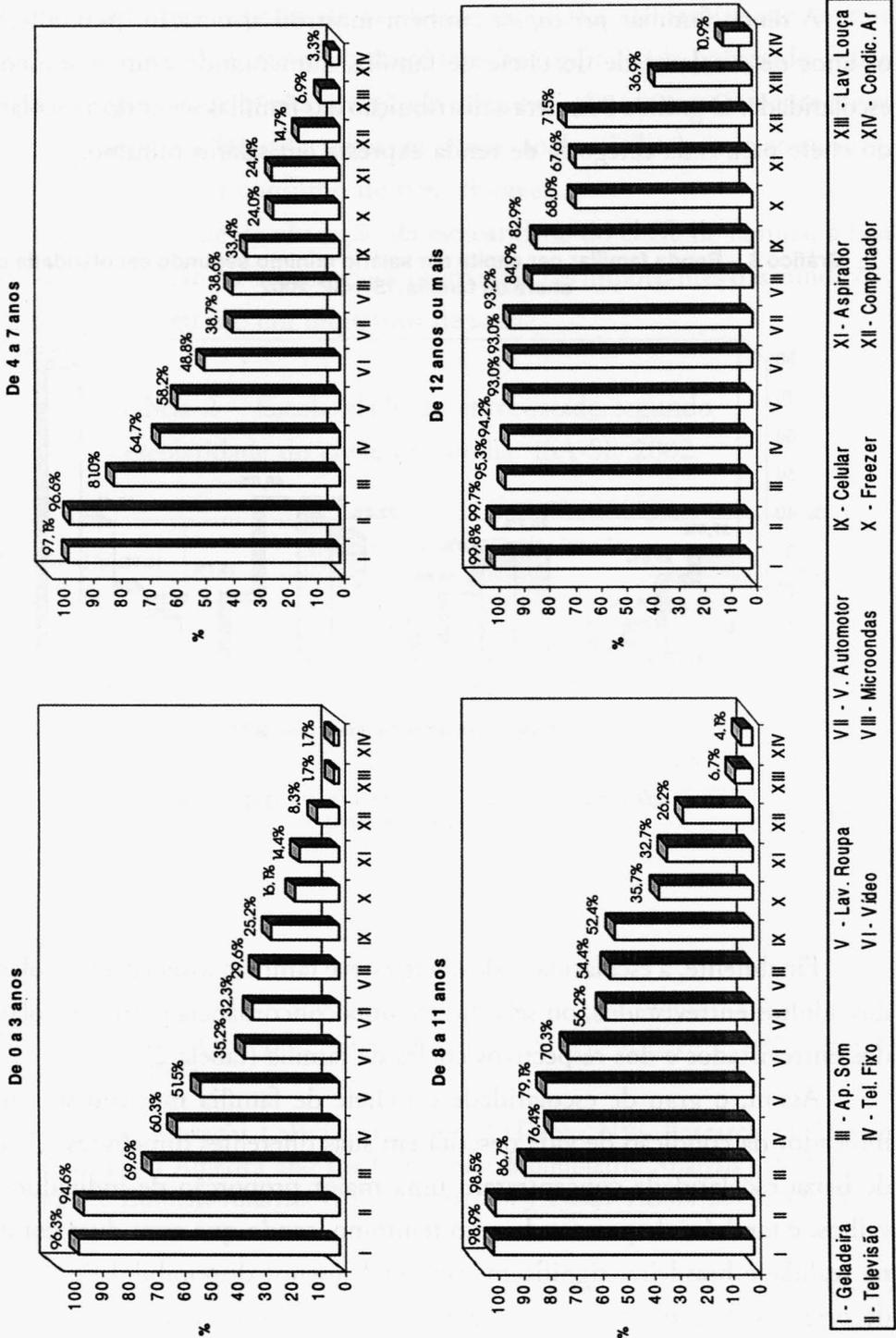
Com relação às condições de moradia, conforme pode ser visto no gráfico 6, as famílias com chefes de baixa escolaridade habitavam, em menor proporção, domicílios adequados ($p < 0,0001$) e também domicílios situados em entorno urbano adequado ($p < 0,0001$).

Gráfico 6 – Domicílio e entorno da moradia adequados segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



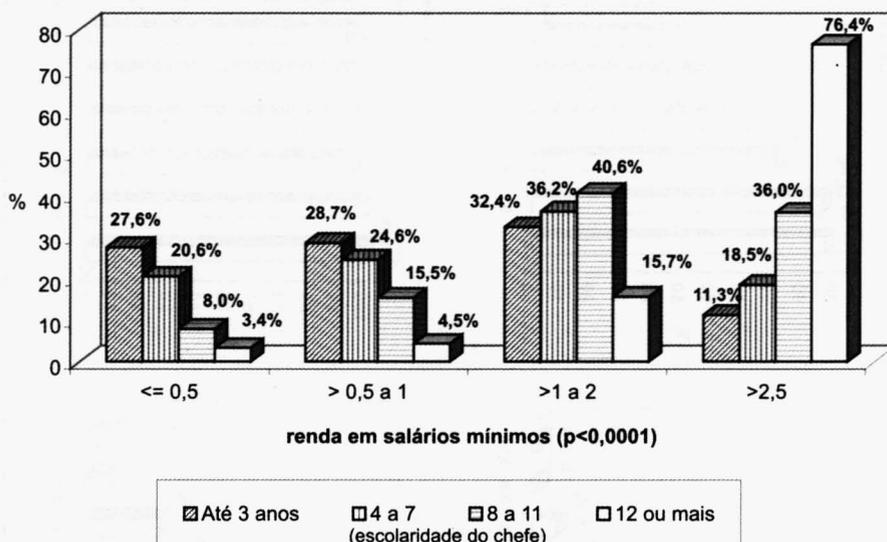
O outro indicador da condição de vida foi o consumo de bens duráveis, e os resultados estão mostrados no gráfico 7. Dos 14 itens estudados, somente geladeira e televisor mostraram poucas diferenças, para os demais, há diferencial entre as famílias estudadas, com um menor consumo nas famílias com chefes de baixa escolaridade e que vai crescendo com o aumento do grau de escolaridade.

Gráfico 7 – Consumo de bens duráveis das famílias segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



A renda familiar *per capita* também mostrou associação ($p < 0,0001$) com os anos de escolaridade do chefe de família, aumentando com o aumento da escolaridade. O gráfico 8 mostra a distribuição das famílias segundo a escolaridade do chefe para cada categoria de renda expressa em salário mínimo.

Gráfico 8 – Renda familiar per capita em salário mínimo segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



Finalmente, a escolaridade do chefe esteve também associada à escolaridade dos adultos entrevistados, ou seja, houve uma concordância entre a escolaridade dos entrevistados e dos respectivos chefes de família (tabela 2).

Assim, o grau de escolaridade do chefe de família mostrou-se um bom indicador da condição de vida descrita em suas diferentes dimensões. Os chefes de baixa escolaridade concentraram uma maior proporção de indivíduos mais velhos, e também de pessoas do sexo feminino, sendo que estas duas condições, na realidade brasileira, significam, em geral, menor disponibilidade financeira, decorrentes de proventos de aposentadorias ou pensões e de menores salários,

no caso das mulheres chefes de famílias. Os chefes de família de menor escolaridade em grande parte eram migrantes de regiões mais pobres do País e uma maior proporção deles estava excluída da população economicamente ativa; morava em situação inadequada, tanto em relação ao domicílio quanto ao entorno urbano, e referiu menor consumo de bens duráveis.

A maior facilidade de obtenção da escolaridade do chefe de família, a boa precisão da informação e a sua associação com aspectos importantes das condições de vida indicam o seu uso em inquéritos de saúde.

Tabela 2 – Escolaridade do entrevistado segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.

| Escolaridade do Chefe | Escolaridade do Entrevistado | | | | Total |
|-----------------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| | Até 3 anos | 4 a 7 | 8 a 11 | 12 ou + | |
| Até 3 anos | 27,6 | 32,9 | 33,0 | 6,5 | 100,0 |
| 4 a 7 | 15,7 | 33,4 | 39,8 | 11,1 | 100,0 |
| 8 a 11 | 8,3 | 17,2 | 58,0 | 16,5 | 100,0 |
| 12 ou + | 1,8 | 8,8 | 34,8 | 49,5 | 100,0 |

p<0,0001

REFERÊNCIAS

Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: The Stationery Office, 1998.

Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Dachs NW. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995). *Am J Public Health* 2003; 93: 2037-2043.

[DHSS] Department of Health and Social Services. *Inequalities in health: report of a research working group*. London; 1980.

Borrel C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.167-95. (Saúde e Movimento, 4).

Marmot M. From Black to Acheson: two decades of concern with inequalities in health. A celebration of the 90th birthday of Professor Jerry Morris. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 1165-1171.

OMS. [Edição especial sobre desigualdades em saúde]. *Bull World Health Organ* 2000; 78(1).

OPAS. [Edição especial sobre fatores determinantes da iniquidade em saúde]. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6).

Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med* 1993; 329:103-109. [Errata, *N Engl J Med* 1993; 329: 1139]

Townsend P, Davidson N, editors. *Inequalities in health: the Black report*. New York: Penguin Books; 1982.

HÁBITO ALIMENTAR - QUALIDADE DA DIETA

REZINA MARIA FISSORI

BETZABE DE SLATER

JULIANA MAGANI MORIMOTO

MARINA BAPTISTA DIENHO



Estilo de vida

HÁBITO ALIMENTAR - QUALIDADE DA DIETA

REGINA MARA FISBERG¹

BETZABETH SLATER²

JULIANA MASAMI MORIMOTO³

MILENA BAPTISTA BUENO⁴

Introdução

O estudo da dieta com suas diversas combinações de alimentos, mais do que o consumo de itens alimentares individuais ou a ingestão de nutrientes, pode ser útil, já que os alimentos não são consumidos isoladamente. Por isso, torna-se conveniente a utilização de índices que refletem a ingestão global de alimentos e nutrientes e que incluem vários aspectos da ingestão dietética simultaneamente (Mertz, 1984). Os índices de qualidade da dieta têm sido desenvolvidos para se obter uma medida resumo das principais características da dieta, facilitando a avaliação da qualidade desta em populações ou grupos de indivíduos.

Vários índices de qualidade da dieta têm sido propostos e descritos na literatura científica (Kant, 1996). A forma como estes índices definem qualidade da dieta varia de acordo com os atributos selecionados e de quando cada um foi elaborado. Por exemplo, no passado, uma dieta era considerada de boa qualidade se alcançasse a necessidade de proteína ou de algumas vitaminas ou minerais em determinado nível de ingestão de energia. Portanto, os primeiros índices de qualidade da dieta eram baseados neste conceito. Os índices mais recentes definem

1 Regina Mara Fisberg, professora Livre Docente do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP.

2 Betzabeth Slater, professora Doutora do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP.

3 Juliana Masami Morimoto, nutricionista graduada pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

4 Milena Baptista Bueno, nutricionista graduada pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Aluna de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP.

a qualidade da dieta em termos de proporcionalidade (consumir maior número de porções de certos grupos de alimentos e menos de outros), moderação (limitação da ingestão de alimentos e bebidas que contribuem para o consumo excessivo de gordura, colesterol, açúcares de adição, sódio e álcool) e variedade (exposição a vários componentes alimentares). Quanto ao momento no tempo em que foram criados, os primeiros índices tendem a focar na prevenção de doenças decorrentes de deficiências nutricionais, enquanto os índices mais recentes tendem a direcionar para a prevenção do risco das doenças crônicas não transmissíveis (Haines et al., 1999).

O Índice de Qualidade da Dieta (*Healthy Eating Index*) foi desenvolvido pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos e considerado, pela *American Dietetic Association*, adequado para medir a qualidade global da alimentação na população americana, sendo recentemente validado com marcadores bioquímicos (Kennedy et al., 1995; Hann et al., 2001; Weinstein et al., 2004). Este índice foi adaptado e aplicado para este estudo com as modificações necessárias para a nossa população (Fisberg et al., 2004).

Componentes do Índice de Qualidade da Dieta

O Índice de Qualidade da Dieta (IQD) foi obtido por uma pontuação distribuída em dez componentes que caracterizam uma dieta saudável:

Componentes de 1 - 6: medem o grau de adequação do consumo das porções de cada um dos seis principais grupos de alimentos, estipulados pelo guia alimentar: cereais, pães, tubérculos e raízes; verduras e legumes; frutas; leites e produtos lácteos; carnes e ovos; leguminosas.

Componente 7: mede a ingestão de gordura total como percentual do total de energia consumido.

Componente 8: mede ingestão de colesterol.

Componente 9: mede a ingestão de sódio.

Componente 10: mede a variedade da dieta, ou seja, número total de diferentes alimentos ingeridos no dia.

Cada componente é avaliado e pontuado de zero a dez, sendo que os valores intermediários são calculados proporcionalmente. A pontuação máxima dos dez componentes é 100 e a qualidade da dieta foi determinada pela distribuição dos escores encontrados na população alvo. O escore total dos indivíduos foi dividido em três categorias: abaixo de 51 pontos - dieta "inadequada", entre 51 a 80 pontos - dieta que "necessita de modificação", e superior a 80 pontos - dieta "saudável" (Bowman et al., 1998).

Tabela 1 – Critérios para pontuação máxima e mínima de cada componente do IQD. ISA-SP, 2002.

| Componente | Critério para a Pontuação Mínima (0 ponto) | Critério para a Pontuação Máxima (10 pontos) |
|---|---|---|
| 1. Grupo dos cereais, pães, tubérculos raízes | 0 porção | 5 ou mais porções |
| 2. Grupo das verduras e legumes | 0 porção | 4 ou mais porções |
| 3. Grupo das frutas | 0 porção | 3 ou mais porções |
| 4. Grupo do leite e produtos lácteos | 0 porção | 3 ou mais porções |
| 5. Grupo das carnes e ovos | 0 porção | 1 ou mais porção |
| 6. Grupos das leguminosas | 0 porção | 1 ou mais porção |
| 7. Gordura vegetal | 45% ou mais do total de energia | 30% ou menos do total de energia |
| 8. Colesterol | 450 mg ou mais | 300 mg ou menos |
| 9. Sódio | 4800 mg ou mais | 2400 mg ou menos |
| 10. Variedade da dieta | 3 ou menos tipos diferentes de alimentos | 8 ou mais tipos diferentes de alimentos |

Qualidade da dieta nas áreas de estudo

A qualidade da dieta foi avaliada para as quatro áreas em conjunto, uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa entre elas ($p = 0,3122$). Dos indivíduos avaliados ($n = 5005$), na faixa etária de 12 anos e mais, de ambos

os sexos, 4% [IC95%:3,49;5,45] apresentaram dieta saudável, 74% [IC95%:71,68;76,08] uma dieta que necessita de modificações e 22% [IC95%:19,40;24,18], dieta inadequada (gráfico 1). Os dados norte-americanos apresentaram um percentual de indivíduos com dieta saudável 2 vezes superior (12%) ao encontrado em nosso estudo (Bowman et al., 1998).

Em relação as variáveis sociodemográficas (sexo e faixa etária) não houve diferença estatisticamente significante, conforme pode ser visto nos gráficos 2 e 3. Esses resultados são semelhantes aos dados norte-americanos de 1989 e 1990, com base na *Continuing Survey of Food Intakes by Individuals* – CSFII (Variyam et al., 1998).

Gráfico 1 – Percentual de indivíduos segundo categorias do IQD. ISA-SP, 2002.

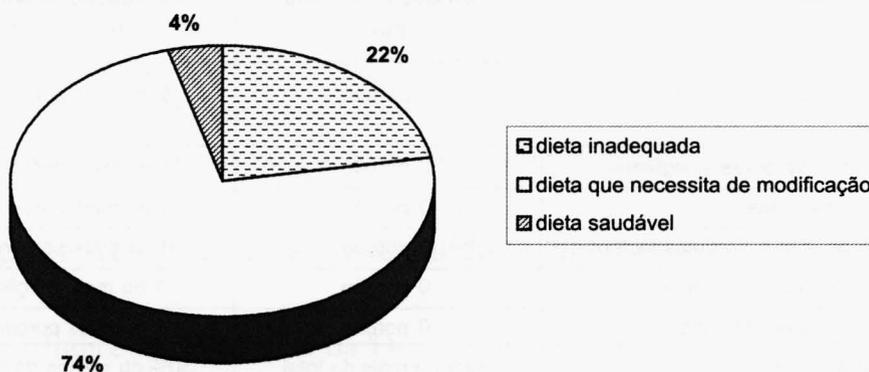


Gráfico 2 – Percentual de indivíduos segundo categorias do IQD e sexo. ISA-SP, 2002.

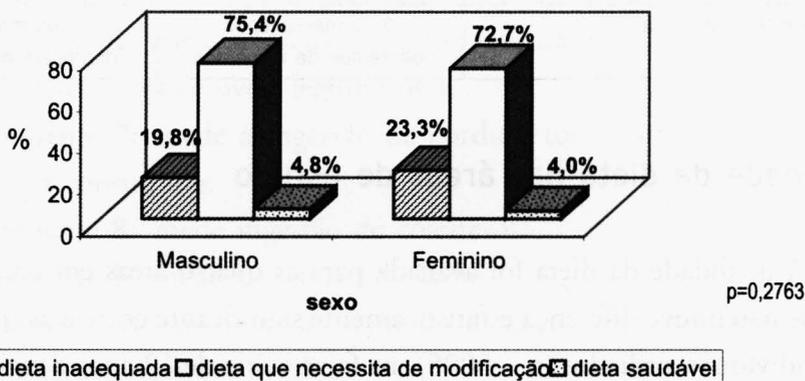
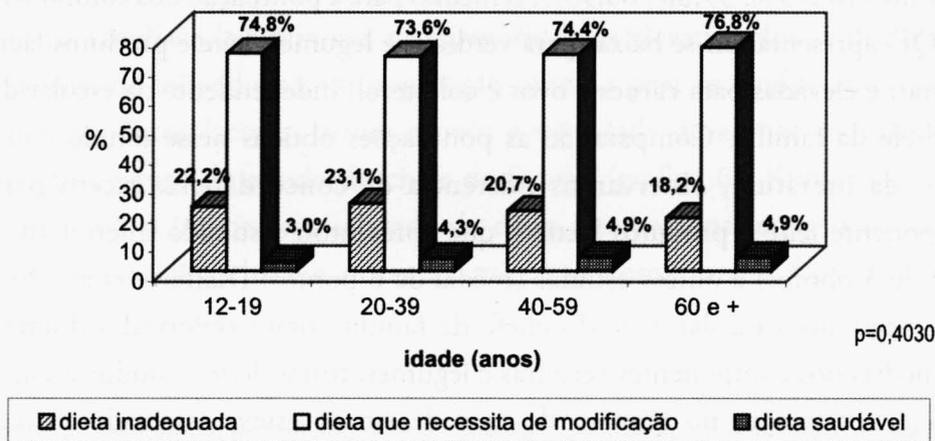
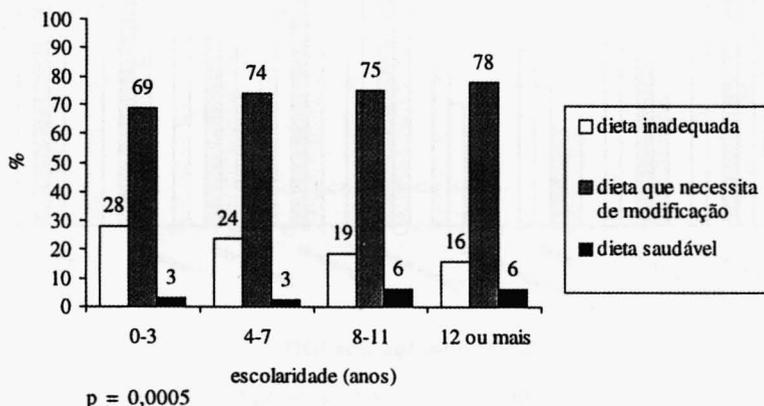


Gráfico 3 – Percentual de indivíduos segundo categorias do IQD e idade. ISA-SP, 2002.



A qualidade da dieta dos indivíduos variou segundo a escolaridade do chefe da família, ou seja, houve uma relação inversa entre o número de anos de estudo e o percentual de indivíduos com dieta inadequada (gráfico 4). Nos Estados Unidos, ao analisar os dados da *Continuing Survey of Food Intakes by Individuals* (CSFIII) dos anos de 1994 a 1996 em relação ao Índice de Qualidade da Dieta para a população com mais de 2 anos de idade, observou-se que a pontuação do índice é maior entre os indivíduos com melhor renda e escolaridade (Bowman et al., 1998).

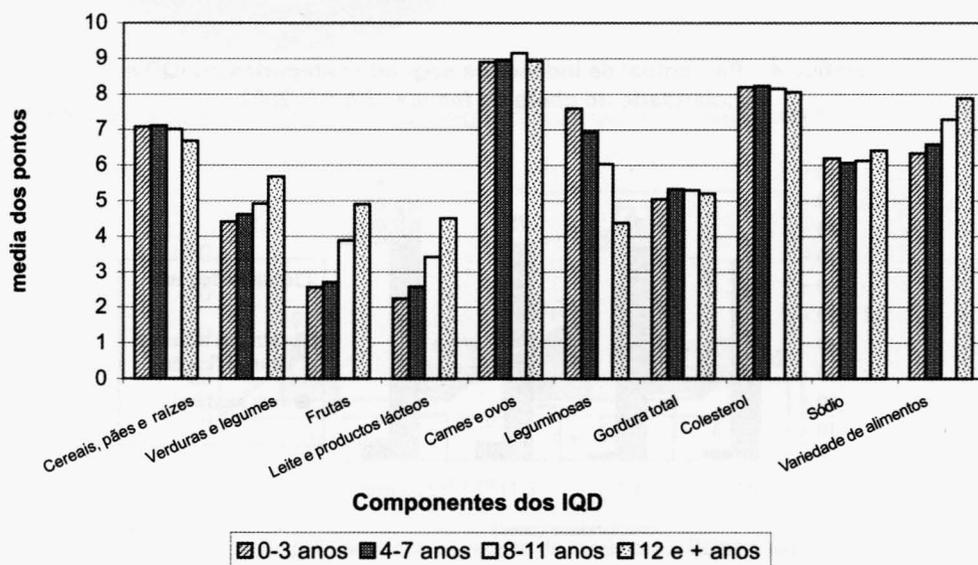
Gráfico 4 – Percentual de indivíduos segundo categorias do IQD e escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



O valor médio do IQD para a totalidade dos indivíduos avaliados foi de 60 pontos [IC95%: 59,60 ; 60,93]. As médias para a pontuação dos componentes do IQD apresentaram-se baixas para verduras e legumes, leite e produtos lácteos e frutas; e elevadas para carnes e ovos e colesterol, independente da escolaridade do chefe da família. Comparando as pontuações obtidas nesse estudo com os dados da literatura, observamos existência de concordância, exceto para o componente leite e produtos lácteos, que apresentou resultado inferior (média geral de 3 pontos) a outros estudos (média de 6 pontos) (Rafferty et al., 2002).

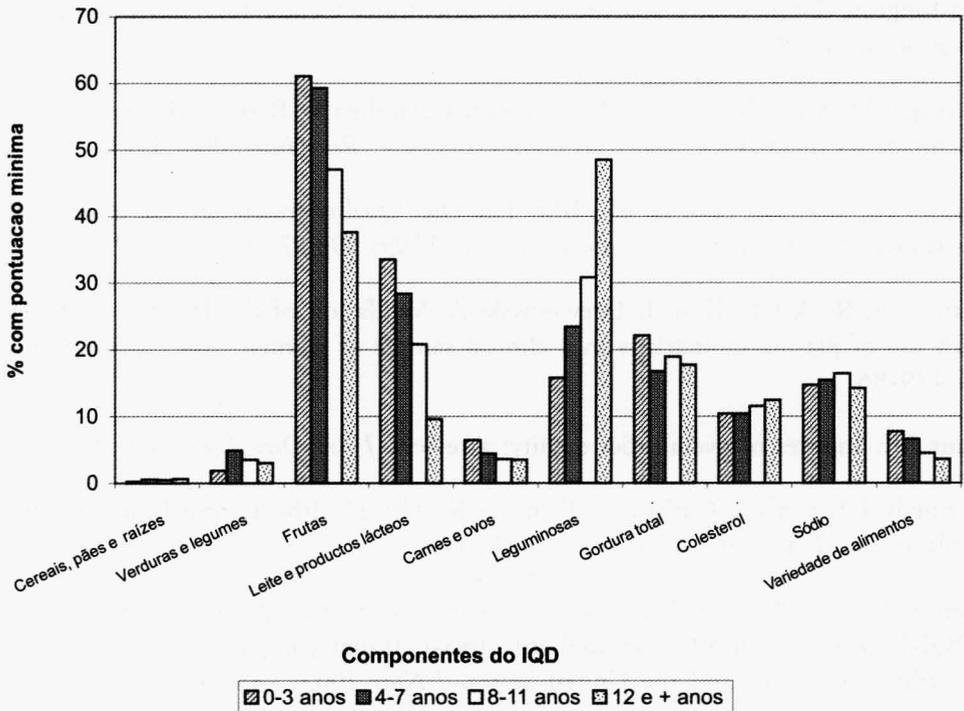
Segundo a escolaridade do chefe da família foram observadas diferenças nas médias dos componentes verduras e legumes, frutas, leite e produtos lácteos, ou seja, o aumento no número de anos de estudo esteve associado ao maior consumo dos alimentos incluídos nestes grupos; enquanto que para o grupo leguminosas houve relação inversa (gráfico 5). Destacamos que os estudos na literatura não apresentam resultados de comparação dos componentes do índice de qualidade da dieta segundo categorias de escolaridade.

Gráfico 5 – Média de pontos dos componentes do IQD nas quatro áreas de estudo, por anos de escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



A maior proporção de indivíduos com pontuação mínima (zero) foi observada para o componente fruta, em todas as categorias de escolaridade do chefe da família e leguminosas na categoria mais elevada. Houve declínio no percentual de indivíduos com pontuação mínima para os componentes frutas, leites e produtos lácteos, carnes e ovos e variedade de alimentos segundo o aumento de anos de estudo do chefe da família (gráfico 6). Kim et al. (2003) comparando o índice de qualidade da dieta internacional entre a população norte-americana e chinesa observaram que o componente fruta foi o que apresentou menor pontuação.

Gráfico 6 – Percentual de indivíduos que obtiveram pontuação mínima (zero) em cada um dos itens do IQD, por escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



Conclusão

A média do IQD para o grupo estudado foi de 60 pontos. A maioria da população apresentou dieta que necessita de melhora. Alguns componentes da dieta (verduras e legumes, frutas, leite e produtos lácteos e leguminosas) variaram segundo a escolaridade do chefe da família, fator que pode estar relacionado ao maior conhecimento e renda para aquisição dos alimentos.

REFERÊNCIAS

- Bowman SA, Lino M, Gerrior SA, Basiotis PP. *The Healthy Eating Index*: 1994-96. Washington (DC): U.S. Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion; 1998.
- Fisberg RM, Slater B, Barros RR, Lima FD, Carandina L, Barros MBA et al. Índice de qualidade da dieta IQD: avaliação e aplicabilidade. *Rev Nutr* 2004; 17(3): 301-18.
- Haines PS, Siega-Riz AM, Popkin BM. The Diet Quality Index Revised: a measurement instrument for populations. *J Am Diet Assoc* 1999; 99:697-704.
- Hann CS, Rock CL, King I, Drewnowski A. Validation of the Healthy Eating Index with use of plasma biomarkers in a clinical sample of women. *Am J Clin Nutr* 2001; 74:479-86.
- Kant AK. Indexes of overall diet quality: a review. *J Am Diet Assoc* 1996; 96:785-91.
- Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The Healthy Eating Index: design and applications. *J Am Diet Assoc* 1995; 95:1103-8.
- Kim S, Haines PS, Siega-Riz AM, Popkin BM. The Diet Quality Index-International (DQI-I) provides an effective tool for cross-national comparison of diet quality as Illustrated by China and the United States. *J Nutr* 2003; 133:3476-84.
- Mertz W. Foods and nutrients. *J Am Diet Assoc* 1984; 84:769-70.
- Rafferty AP, Anderson JV, Mcgee HB, Miller CE. A Healthy Diet Indicator: Quantifying Compliance with the Dietary Guidelines Using the BRFSS. *Prev Med* 2002; 35:9-15.

Variyam JN, Blaylock J, Smallwood D, Basiostis PP. USDA's *Healthy Eating Index and nutrition information*. Washington (DC): United States Department of Agriculture/ Economic Research Service; 1998. (Technical Bulletin, 1866).

Weinstein SJ, Vogt TM, Gerrior SA. Healthy eating index scores are associated with blood nutrient concentrations in the Third National Health and Nutrition Examination. *J Am Diet Assoc* 2004; 104:576-84.

ATIVIDADE FÍSICA

VANESSA MARTINS VALENTE GUIMARÃES

CHESTER LUIZ GALVÃO CESAR

A prática regular de atividade física está relacionada ao aumento da expectativa de vida e redução no risco incidência de doenças crônicas. No Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP, a prática de atividade física foi avaliada em indivíduos com idade igual ou maior que 12 anos. Para investigação da atividade física, foi utilizado o *Questionário Internacional de Atividade Física, QIAF*, versão 8, forma curta, com aplicação da entrevista referente a uma semana usual. São considerados ativos os indivíduos que realizaram (Matsudo et al., 2001; IPAQ 2002):

- Atividades vigorosas em 3 ou mais dias/semana e tempo ≥ 20 minutos/sessão;
- Atividades moderadas ou caminhadas em 5 ou mais dias/semana e tempo ≥ 30 minutos/sessão;
- Qualquer atividade física somada em 5 ou mais dias/semana e tempo ≥ 150 min/semana.

Os indivíduos que não atingiram os níveis acima foram considerados inativos segundo o QIAF. Foi investigada também, a prática regular de algum esporte ou exercício físico, pelo menos uma vez por semana.

Resultados

Em relação ao nível geral de atividade física, segundo o QIAF, observamos que 74,1% (IC 95%: 70,7-77,1) dos entrevistados foram considerados ativos.

As maiores prevalências ocorreram entre as mulheres (79,0%; $p < 0,0001$), na faixa etária 12-19 anos (77,8%; $p = 0,0155$) e nos indivíduos pertencentes a famílias cujos chefes tinham escolaridade de até três anos (79,3%; $p = 0,0003$), como mostram os gráficos 1, 2 e 3, respectivamente.

Gráfico 1 – Nível de atividade física – QIAF (%) segundo sexo. ISA-SP, 2002.

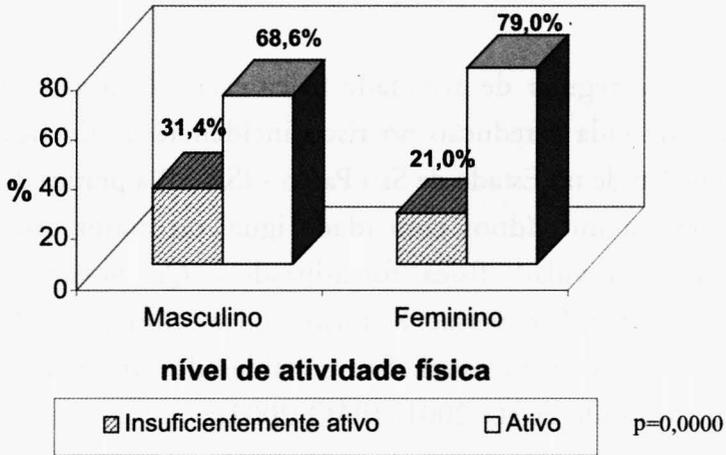


Gráfico 2 – Nível de atividade física – QIAF (%) segundo faixa etária. ISA-SP, 2002.

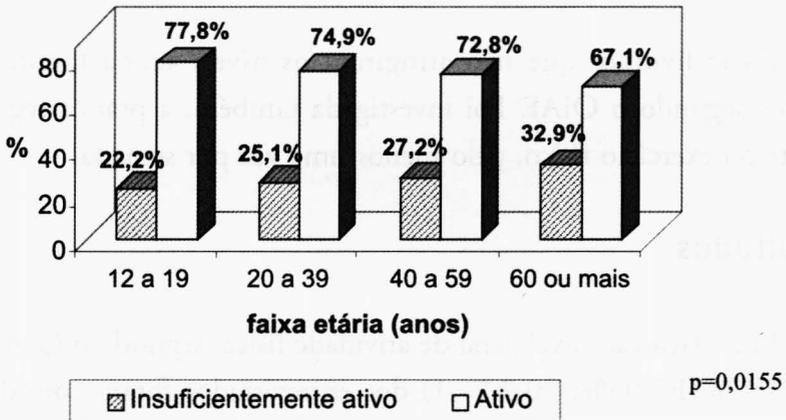
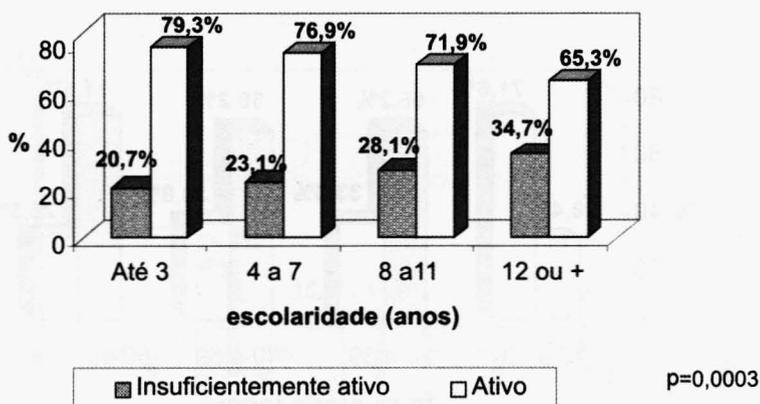


Gráfico 3 – Nível de atividade física – QIAF (%) segundo anos de escolaridade do Chefe de Família. ISA-SP, 2002.

Quanto ao exercício físico, observamos que 40,4% (IC 95%: 38,0-42,0) dos entrevistados relataram a prática regular de algum esporte ou exercício físico. As maiores prevalências ocorreram entre os homens (49,6%; $p < 0,0001$), na faixa etária 12-19 anos (71,6%; $p < 0,0001$) e nos indivíduos pertencentes a famílias cujos chefes tinham 12 anos ou mais de escolaridade (52,6%; $p < 0,0001$), conforme os gráficos 4, 5 e 6, respectivamente. Os exercícios físicos mais relatados foram futebol (14,3%) e caminhada (15,9%), com importantes diferenças entre os sexos, conforme o gráfico 7.

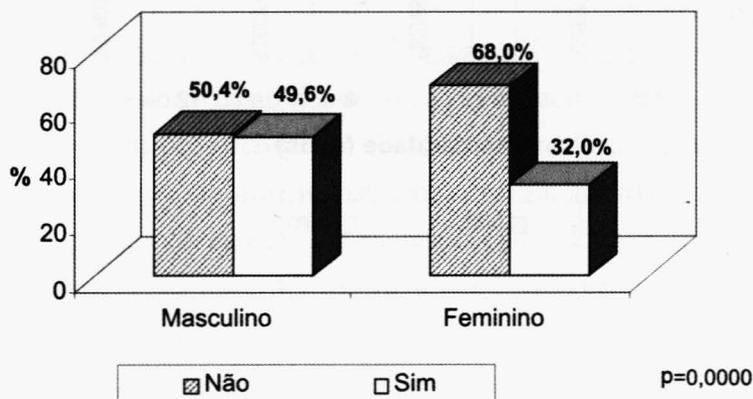
Gráfico 4 – Prática regular de esporte ou exercício físico (%) segundo sexo. ISA-SP, 2002.

Gráfico 5 – Prática regular de esporte ou exercício físico (%) segundo faixa etária. ISA-SP, 2002.

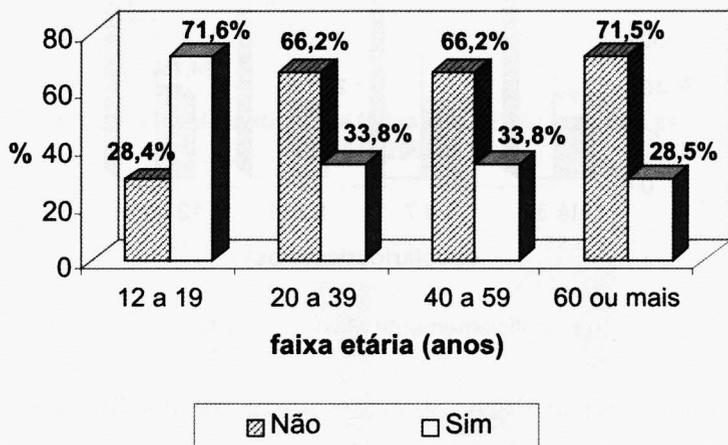


Gráfico 6 – Prática regular de esporte ou exercício físico (%) segundo anos de escolaridade do Chefe de Família. ISA-SP, 2002.

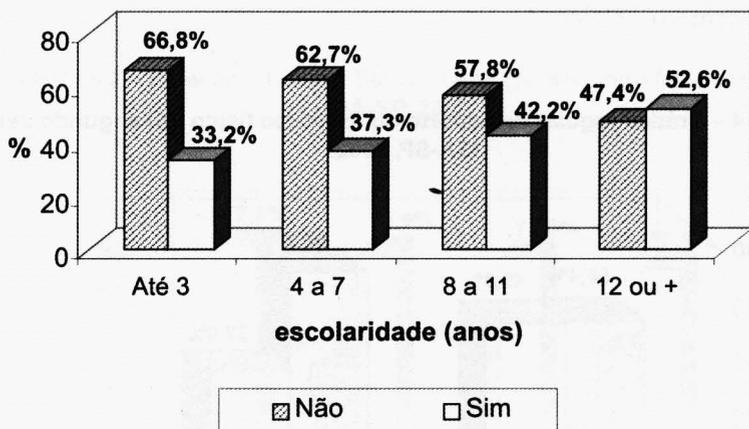
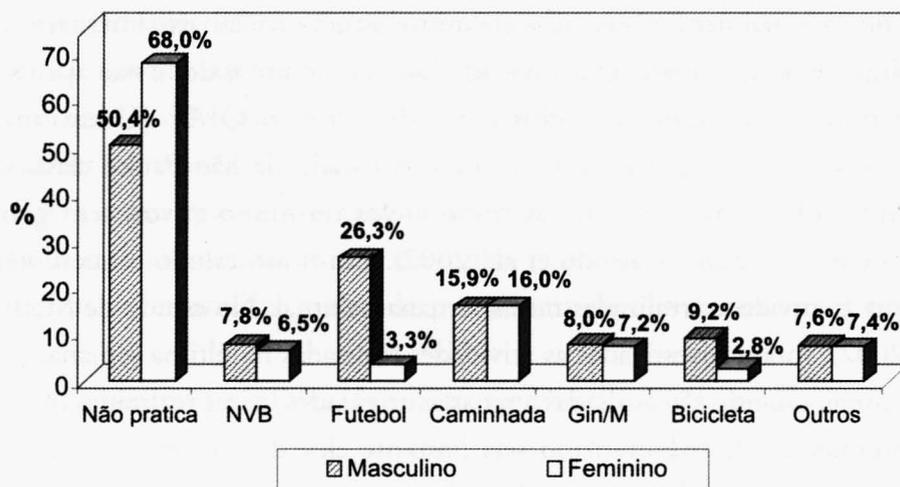


Gráfico 7 – Prática regular de esporte ou exercício físico (%) segundo sexo. ISA-SP, 2002.



Discussão

Questionários de atividade física, como o QIAF utilizado neste estudo, são usualmente escolhidos para estudos de base populacional, pois são práticos e de fácil aplicabilidade. A mensuração da atividade física é uma tarefa complexa, que dispõe de instrumentos pouco precisos. Assim, a mensuração da atividade física global, incluindo atividades realizadas no trabalho, transporte e serviços domésticos, para ser obtida com alguma precisão, necessita de questionários longos e detalhados, o que é pouco viável para grandes levantamentos em populações.

O *Questionário Internacional de Atividade Física – QIAF*, versão 8, forma curta, é um interrogatório da atividade física global, acumulada, de um indivíduo. Não permite identificar o contexto no qual foi realizada a atividade física e diferencia-se, portanto, de outros instrumentos que abordam a atividade física de lazer, ou a prática de esporte ou exercício físico. É importante ressaltarmos que diferentes conceitos ou critérios (atividade física versus exercício físico) não são nem melhores nem piores. Apenas apresentam diferentes perfis, a serem interpretados e utilizados de modos diversos.

Observamos, em nossos resultados, elevada frequência de indivíduos ativos e muito ativos, segundo critério do QIAF (74,1%). Esses percentuais são muito maiores que os usualmente observados em outros estudos nacionais e internacionais, provavelmente porque analisam a atividade física como um todo, e não apenas no lazer. Estudo com dados coletados em 2002, com o QIAF (Questionário Internacional de Atividade Física), em todo o Estado de São Paulo, classificou 53,5% dos indivíduos entrevistados como ativos ou muito ativos, sem grande diferença entre os sexos (Matsudo et al., 2002). Em nosso estudo o questionário investigou as atividades realizadas numa semana habitual. No estudo de Matsudo et al., (2002), foram investigadas as atividades realizadas na última semana.

É usual, quando são avaliadas apenas as atividades físicas realizadas no lazer, que a prevalência de sedentarismo seja bastante elevada. No entanto, quando outros contextos de realização de atividade física são incluídos, o sedentarismo tem sua prevalência bastante reduzida. Em estudo de fatores de risco para hipertensão arterial realizado na população urbana de Pelotas, observou-se que apenas 24,6% dos entrevistados referiram realizar atividade física de lazer. Quando se incluiu mais um contexto de realização de atividade física, neste caso o deslocamento, a prevalência de sedentarismo caiu de 75,4% para 55,8% (Piccini e Victora, 1994). Outro estudo conduzido no Município de Porto Alegre, ao avaliar apenas atividades de lazer, apresentou prevalências de sedentarismo de 69,0% para os homens e 82,0% para as mulheres. Ao incluir atividades ocupacionais e para locomoção, o que este estudo chamou de sedentarismo geral, a prevalência caiu para 38,0% nos homens e 58,0% nas mulheres (Duncan et al., 1993).

Análise de dados do *National Health Interview Survey – NHIS*, de 1990, avaliando atividades físicas de lazer e ocupacionais, em adultos norte-americanos, observou sedentarismo no lazer de 63,9%. No entanto, metade (51,3%) dos sedentários no lazer relatou pelo menos uma hora/dia de atividade física vigorosa no trabalho. Este estudo conclui que existem outras oportunidades, além dos exercícios de lazer, para que se alcance os níveis recomendados de atividade física (CDC, 2000).

Neste estudo populacional, provavelmente a prevalência de sedentarismo foi menor que a de outros estudos devido à inclusão, além das atividades de lazer, de atividades físicas realizadas no trabalho, no transporte e no ambiente doméstico. Estudo realizado em população irlandesa, comparando níveis de gasto calórico entre as diversas atividades, evidenciou que os homens são duas vezes mais ativos nas atividades de lazer e no trabalho. Entretanto, as mulheres são três vezes mais ativas que os homens nas atividades domésticas (Livingstone et al., 2001). A inclusão de perguntas e exemplos incluindo a realização de atividades domésticas deve justificar a elevada prevalência de indivíduos ativos em nosso estudo.

Ao avaliarmos a prática de esporte ou exercício físico regular, pelo menos uma vez por semana, em nossos resultados, 59,6% dos entrevistados foram classificados como sedentários. Nossos dados para atividades físicas de lazer são semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais. Inquérito domiciliar conduzido em 1987 no Município de São Paulo, para investigação de fatores de risco para doenças crônicas, relatou que 69,3% da população entre 15 e 59 anos não realizava atividade física de lazer (Rego et al., 1990). Inquérito também de 1987, no Município de Porto Alegre, evidenciou 69,0% de sedentarismo no lazer entre os homens e 82,0% entre as mulheres (Duncan et al., 1993). Estudo conduzido em 1992, na população urbana de Pelotas, RS, apresentou dados em que atividades de lazer eram realizadas por apenas 24,6% da população (Piccini e Victora, 1994). Inquérito de 1998, realizado em Catanduva, SP, relatou que 71,4% da população não realizava atividade física de lazer (Freitas et al., 2001). Estudo conduzido no Município do Rio de Janeiro, em 1996, evidenciou que 59,8% dos homens e 77,8% das mulheres nunca realizavam atividade física de lazer (esporte ou exercício físico) (Gomes et al., 2001).

Vários estudos internacionais também apresentam resultados semelhantes para atividades físicas de lazer. Dados do National Health Interview Survey - NHIS 1990, demonstram que aproximadamente um terço da população americana relatou nível adequado de atividade física de lazer: 31,5% foram moderadamente ativos e 4,6% realizavam atividades vigorosas. Neste estudo, os

homens foram mais ativos no lazer que as mulheres (CDC, 2000). Estudo em países da União Européia evidenciou que 57,0% da população não atingia os níveis mínimos recomendados em atividades físicas de lazer, com grande variação entre os países (PAN-EU SURVEY citado por Vuori, 2001).

Ao avaliarmos a atividade física segundo sexo, evidencia-se maior prevalência de mulheres ativas segundo critério do QIAF (79,0%). Esses dados possivelmente traduzem a valorização das atividades físicas domésticas. Em nosso estudo, as mulheres foram mais sedentárias (68,0%) quanto à prática de esporte ou exercício físico. Na literatura, em geral, observamos que as mulheres realizam menos atividades de lazer que os homens (Rego et al., 1990; CDC, 2000; Livingstone et al., 2001; Gomes et al., 2001).

Quanto à idade, observamos um aumento dos insuficientemente ativos (QIAF) com a elevação da idade. Diversos estudos corroboram esses dados (CDC, 2000). Quanto às atividades de lazer, houve também queda da prática de exercício físico com a idade, e um elevado percentual de adolescentes ativos (71,6%).

Quanto ao nível socioeconômico, avaliado pela escolaridade do chefe de família, observam-se importantes diferenças entre os que realizam atividade física e exercício físico. Isto provavelmente ocorre porque o QIAF avalia todos os contextos da atividade física. Assim, a população de maior escolaridade faz mais atividades de lazer, e a de menor escolaridade realiza mais atividades domésticas, de transporte e ocupacionais (CDC, 2000; Burton e Turrell, 2000).

Neste estudo, os padrões de atividade física da população foram mensurados a partir de um questionário global, que visa avaliar o nível de atividade física total dos indivíduos em diversos contextos, incluindo, além do lazer, a ocupação, a locomoção e o lar. Trata-se, também, de um questionário internacional para avaliação de prevalência de sedentarismo, o que permitirá a comparação destes resultados com outros estudos nacionais e internacionais que utilizarem o QIAF.

O QIAF, como a maior parte dos instrumentos utilizados para mensuração da atividade física, apresenta maior acurácia nos extremos de atividade física. Neste caso, especialmente para o sedentarismo. Os indivíduos classificados como

sedentários pelo QIAF apresentam, muito provavelmente, baixíssimo nível de atividade física. Entretanto, uma parte dos ativos e muito ativos pode não ter sido corretamente classificada.

Em estudo conduzido no Rio de Janeiro (Gomes et al., 2001), observou-se que apenas 3,6% dos homens e 0,3% das mulheres relataram atividade física ocupacional de intensidade vigorosa. Observamos, portanto, que as atividades relacionadas à ocupação são, usualmente, de baixo gasto energético. No mesmo estudo, as atividades físicas relacionadas ao transporte também apresentaram baixa prevalência (9,6% dos homens e 7,0% das mulheres). Em populações urbanas, como a do presente estudo, as atividades de lazer são as que melhor representam o gasto energético dos indivíduos, diferenciando os grupos mais ativos dos menos ativos. Uma vez que, em nossos dados, apenas 36,7% dos indivíduos ativos e 18,7% dos muito ativos (dados não apresentados) relataram prática de atividade física de lazer, é possível que as atividades domésticas tenham sido superestimadas em nossa amostra.

Finalmente, devemos considerar que a maior parte dos estudos que associou atividade física e prevenção de doenças trabalhou com dados de atividades de lazer, predominantemente exercício físico dinâmico, contínuo, em intensidade pelo menos moderada. Como as novas recomendações de atividade física acumulada são recentes (1995), os primeiros resultados sobre os efeitos da atividade física intermitente, realizada nas atividades habituais, estão sendo conhecidos agora (McKechnie et al., 2001). Alguns têm associado a redução na incidência de hipertensão, por exemplo, apenas para as atividades realizadas no lazer (exercício físico) (Pereira et al., 1999). Outros estudos têm evidenciado maior redução de risco de mortalidade para as atividades de lazer, comparadas às ocupacionais (Lissner et al., 1996). Não sabemos ainda, qual impacto as atividades habituais, acumuladas, apresentam sobre a morbidade e mortalidade cardiovascular, a longo prazo. Embora, provavelmente, todos se beneficiem com o aumento do seu nível de atividade física, mesmo em atividades habituais.

Conclusão

Observamos elevada prevalência de indivíduos ativos segundo o QIAF, pois este considera, também, atividades realizadas no cotidiano, como tarefas domésticas e locomoção. As mulheres e os indivíduos pertencentes a famílias de menor escolaridade foram mais ativos segundo o QIAF. Em relação à prática de esporte ou exercício físico, o sedentarismo foi elevado, com maiores frequências de exercício entre os homens e os indivíduos pertencentes a famílias de maior escolaridade, demonstrando as diferenças de perfis entre os indivíduos que realizam atividade física e aqueles que realizam exercício físico.

REFERÊNCIAS

- Burton NW, Turrell G. Occupation, hours worked and leisure-time physical activity. *Prev Med* 2000; 31: 673-81.
- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of leisure-time and occupational physical activity among employed adults-United states, 1990. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 49:421-5.
- Duncan BB, Schmidt MI, Polanczik CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti AC. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. *Rev Saúde Pública* 1993; 27:143-8.
- Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. *Arq Bras Cardiol* 2001; 77:9-15.
- Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:969-76.
- [IPAQ] International Physical Activity Questionnaire. Disponível em: URL: <http://www.ipaq.ki.se/> [2002 Dec 22]
- Lissner L, Bengtsson C, Björkelund C, Wedel H. Physical activity levels and changes in relation to longevity: a prospective study of Swedish women. *Am J Epidemiol* 1996; 143:54-62.

Livingstone MBE, Robson PJ, McCarthy S, Kiely M, Harrington K, Browne P et al. Physical activity patterns in a nationally representative sample of adults in Ireland. *Public Health Nutr* 2001; 4(5A):1107-16.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Ativ Fís Saúde* 2001; 6:5-18.

Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov* 2002; 10:41-50.

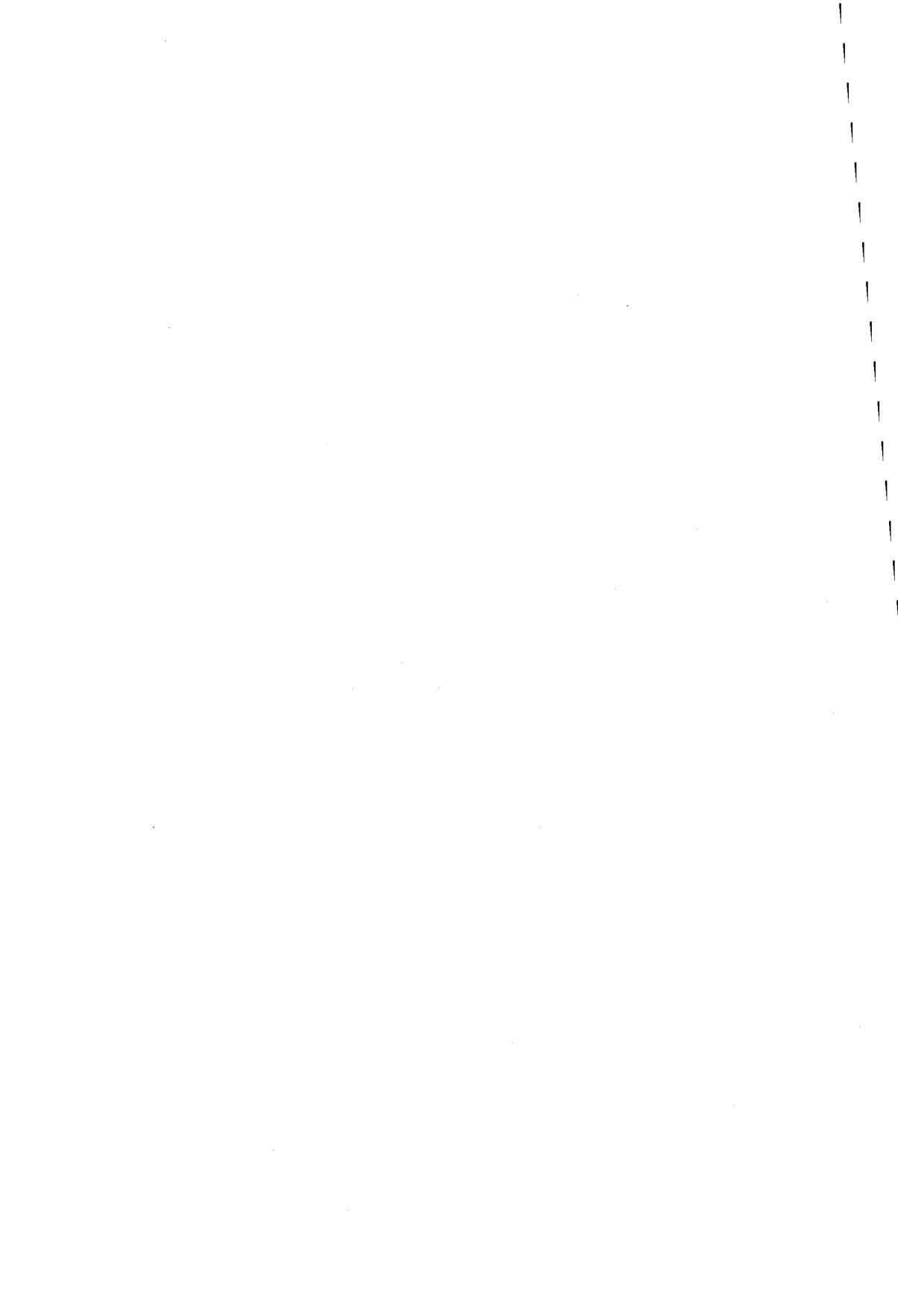
McKechnie R, Rubenfire M, Mosca L. association between self-reported physical activity and vascular reactivity in postmenopausal women. *Atherosclerosis* 2001; 159: 483-90.

Pereira MA, Folsom AR, McGovern PG, Carpenter M, Arnett DK, Liao D et al. Physical activity and incident hypertension in black and white adults: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Prev Med* 1999; 28:304-12.

Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:261-7.

Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, Brasil. Metodologia e resultados preliminares. *Rev Saúde Pública* 1990; 24(4):277-85.

Vuori IM. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. *Public Health Nutr* 2001; 4(2B):517-28.



TABAGISMO

MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

As repercussões negativas do tabaco sobre a saúde, estudadas no decorrer de décadas, são hoje amplamente reconhecidas (Doll e Peto, 1994; Ministério da Saúde, 1996; WHO, 1997). O tabagismo é considerado na atualidade o principal fator de risco para doenças crônicas e cerca de 20% de todas as mortes ocorridas nos países desenvolvidos são atribuídas ao hábito de fumar (Peto et al., 1992; Illing e Kaiserman, 1995).

As prevalências do tabagismo continuam elevadas apesar de todas as evidências já consolidadas sobre os prejuízos que acarreta. Vários países têm definido metas de redução da prevalência e monitorado o tabagismo em suas populações (Pechmann et al., 1998).

Dada a política restritiva à indústria do tabaco adotada em vários países de maior desenvolvimento econômico e a insuficiência de medidas de controle nos menos desenvolvidos estima-se que o percentual de problemas de saúde decorrentes do tabaco terá crescimento mais significativo nas regiões mais pobres (Hijar e Silva, 1991).

Pelo fato dos segmentos populacionais de melhor nível socioeconômico terem maior acesso à informação, a estímulos para adoção de comportamentos saudáveis, e às condições materiais de vida que permitem incorporá-los, prevê-se que os problemas de saúde decorrentes do tabaco tenderão a ampliar as desigualdades sociais em saúde (Jarvis e Wardle, 1999).

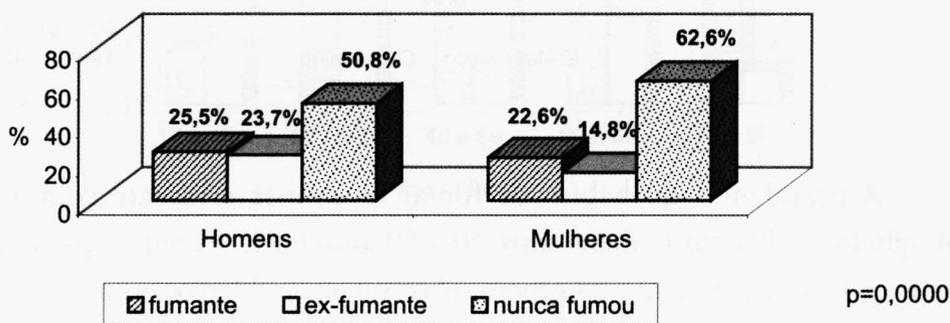
No Brasil, vêm sendo implementadas medidas de controle do tabagismo e são necessárias avaliações periódicas que monitorem satisfatoriamente as tendências desse hábito nocivo.

Com os dados do projeto ISA-SP, foram analisadas as prevalências do tabagismo segundo variáveis demográficas, sociais e de outros comportamentos relacionados à saúde. Analisou-se, também, o percentual de ex-fumantes e a idade de início do hábito. Foram considerados fumantes ou ex-fumantes, pelo projeto ISA-SP, as pessoas que referiram ter fumado ao menos um cigarro por dia, durante pelo menos um mês. São fumantes atuais os que referiram persistir com o hábito por ocasião da entrevista. As estimativas de prevalências, intervalos de confiança e os testes de associação foram feitos utilizando as ponderações necessárias para levar em consideração o desenho da amostra e o efeito do delineamento. As associações foram testadas com o uso do teste X^2 e os gráficos incluem os valores do nível de significância (p) obtido nos testes. As estimativas referentes às pessoas com 18 anos e mais, baseiam-se em amostra de 4.002 entrevistados.

A prevalência do hábito de fumar das pessoas com 18 anos ou mais foi 24,0% (IC de 95%: 21,3-26,8%), sendo 25,5% (22,2-29,0%) nos homens e 22,6% (19,5-26,0%) nas mulheres (gráfico 1). Eram ex-fumantes 23,7% dos homens e 14,8% das mulheres. Estudos realizados na década de 80, em diversas cidades brasileiras, relatavam prevalências do hábito de fumar em adultos variando entre 37 a 40%, e a proporção de ex-fumantes entre 10 e 18% (Hijar e Silva, 1991). Na maior parte dos estudos, a prevalência de fumantes era mais elevada entre os homens. Inquérito de fatores de risco realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2002-2003, sob os auspícios da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde), encontrou para a população de 15 anos ou mais, de 15 capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF), prevalência de fumantes regulares (mais de 100 cigarros fumados na vida) de 19%, variando de 12,9% a 25,2%, conforme a capital considerada. Em São Paulo, essa pesquisa encontrou uma prevalência de 19,9%, sendo 23% no sexo masculino e 18% no feminino. A comparação dos dados obtidos nesse inquérito com os observados na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), revelou redução dos níveis de tabagismo em todas as 8 unidades espaciais comparadas (Brasil, 2004).

Nos EUA, a prevalência do tabagismo em pessoas com 18 anos ou mais de idade varia entre 12,3 e 40,4%, dependendo do grupo étnico (CDC, 2004). Estimativas publicadas pela OMS com base em inquéritos realizados em 16 países americanos, em anos próximos a 1990, registra prevalências variando de 24,1 (no Paraguai) a 66,3% (República Dominicana) em homens, e de 5,5 (Paraguai) a 29,0% (Canadá) nas mulheres (WHO, 1997).

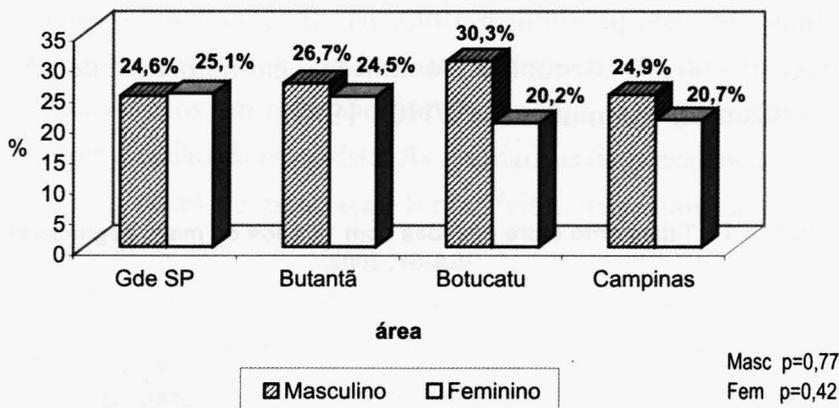
Gráfico 1 – Tabagismo entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo sexo. ISA-SP, 2002.



Não houve diferenças na prevalência do tabagismo entre as áreas do estudo em nenhum dos sexos (gráfico 2). Em Botucatu, e apenas nesta área, a prevalência nos homens é significativamente superior à das mulheres ($p=0,003$).

Os dados de outros países americanos revelam prevalências bem superiores nos homens, com exceção do Canadá em que as prevalências dos dois sexos já eram muito próximas em 1991 (WHO, 1997; Costa e Silva & Koifman, 1998). No Brasil, a pesquisa de fator de risco do INCA apontou prevalências superiores nos homens nas 15 capitais estudadas e no DF (Brasil, 2004)

Gráfico 2 – Prevalência de fumantes entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo área de estudo e sexo. ISA-SP, 2002.



A prevalência do hábito de fumar revelou-se crescente com a idade atingindo 30,4% nos homens entre 40 a 59 anos e decrescendo a partir dos 60 anos (gráfico 3). Quanto ao gênero, observaram-se diferenças entre as coortes de geração. Acima dos 60 anos a proporção de fumantes foi superior nos homens, mas abaixo dessa idade não houve diferença significativa entre os sexos.

Na faixa de 12 a 19 anos, a amostra do projeto ISA-SP inclui 1.641 adolescentes. Entre os adolescentes a prevalência do tabagismo foi 7,3% nos meninos e 8,8% nas meninas. Nos EUA, 12,9% dos adolescentes de 12 a 17 anos são fumantes (Caraballo et al., 2004), sendo que este percentual varia entre 5,2 a 27,9% segundo o grupo étnico (CDC, 2004). Em nosso estudo, o tabagismo feminino já supera o masculino entre os adolescentes (mas a diferença não apresenta significância estatística) atingindo 3,8% das meninas de 14 e 15 anos de idade e 17,5% daquelas com 18 e 19 anos (gráfico 4). No Projeto VIGESCOLA, realizado pelo INCA em 12 capitais brasileiras, em 2002-2003, em estudantes de 7^a e 8^a séries do ensino fundamental e na 1^a. série do ensino médio, foram observadas prevalências de 9 a 27% de fumantes atuais (os que fumaram ao menos 1 dia no último mês), conforme a capital considerada. Em

Curitiba e Porto Alegre as prevalências foram mais elevadas nas meninas, ocorrendo o inverso nas demais áreas estudadas (<http://www.inca.gov.br/vigescola/docs/resultados.pdf> acessado em 8 de 10/02/2005).

Gráfico 3 – Prevalência de fumantes segundo idade e sexo. ISA-SP, 2002.

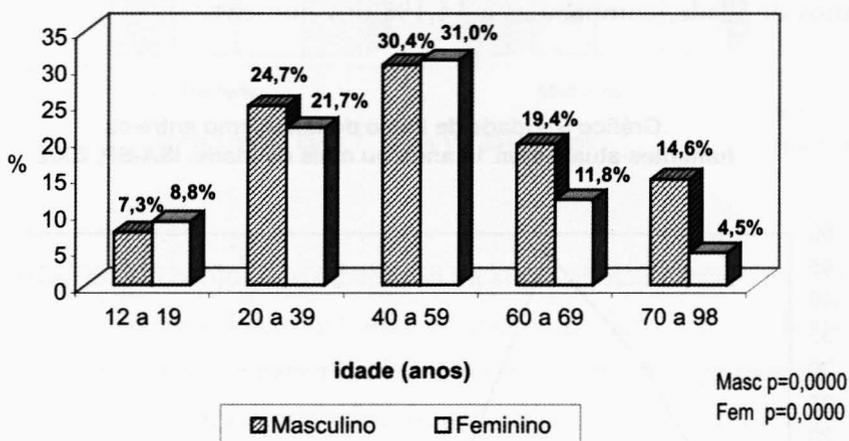
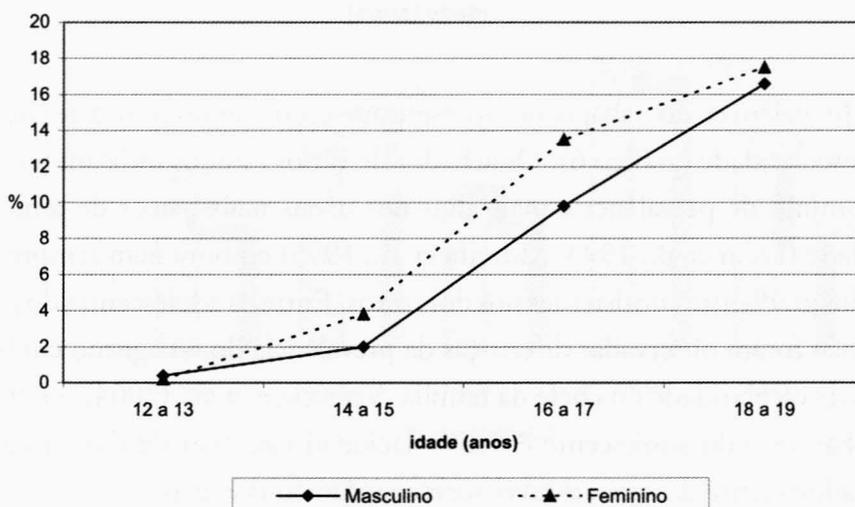
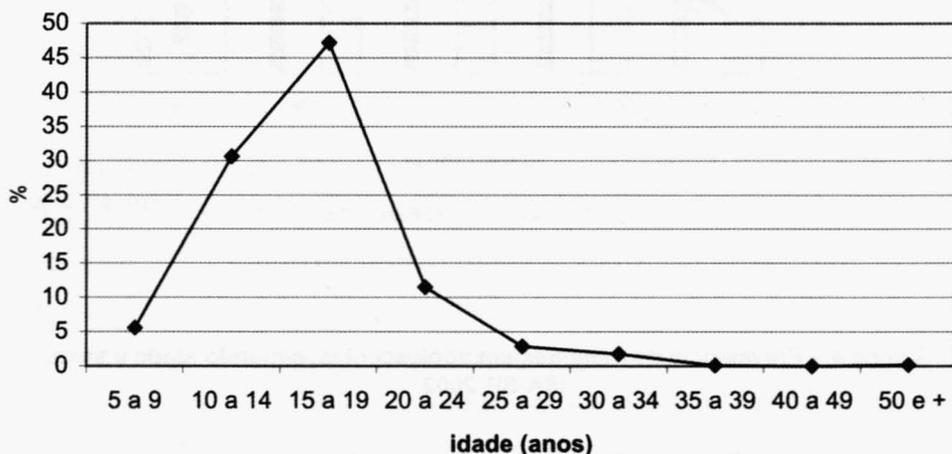


Gráfico 4 – Prevalência de fumantes em adolescentes, segundo idade e sexo. ISA-SP, 2002.



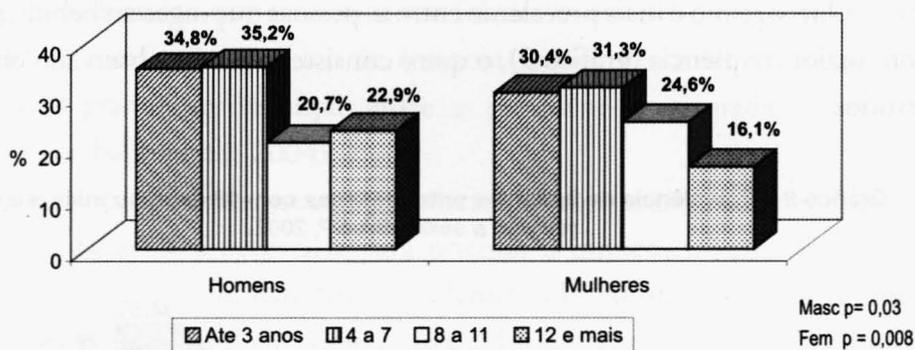
A exposição ao tabaco é precoce, sendo que 36,2% dos fumantes haviam iniciado o hábito antes de completar os 15 anos de idade (gráfico 5); entre os 15 e 19 anos outros 47,2% começaram a fumar, de forma que o tabagismo estabeleceu-se na adolescência em 83,4% dos fumantes. Cerca de 2% apenas dos fumantes havia iniciado o hábito após os 30 anos de idade. As mulheres começaram a fumar um pouco mais tardiamente que os homens: 19,0% após os 20 anos de idade, comparadas a 14,1% dos homens.

Gráfico 5 – Idade de início do tabagismo entre os fumantes atuais com 18 anos ou mais de idade. ISA-SP, 2002.



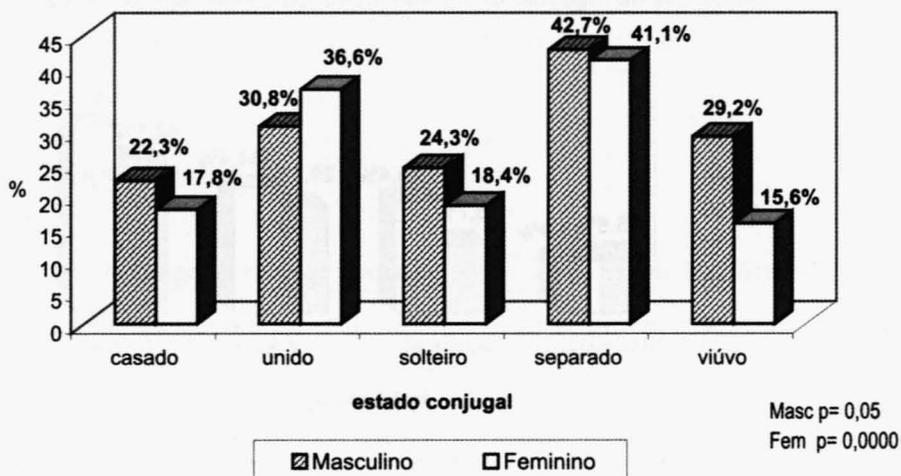
A prevalência do tabagismo apresentou-se crescente com a redução do nível de escolaridade (gráfico 6). Os achados de vários estudos indicam tendência de predomínio de prevalências mais altas nos níveis mais baixos de renda e de escolaridade (Lolio et al., 1993; Moreira et al., 1995) embora nem sempre sejam observados gradientes consistentes nos dois sexos. Entre os adolescentes do projeto ISA-SP, não foram observadas diferenças da prevalência do tabagismo em função dos anos de escolaridade do chefe da família. Vereecken et al. (2004) observaram que o tabagismo do adolescente é mais relacionado ao grau de escolaridade do próprio adolescente do que ao nível socioeconômico dos pais.

Gráfico 6 – Prevalência de fumantes entre 20 e 49 anos, segundo sexo e escolaridade. ISA-SP, 2002.



Quanto ao estado conjugal, o tabagismo mostrou-se mais elevado nas pessoas separadas e nas unidas quando comparadas às casadas (gráfico 7). Estas diferenças persistiram mesmo após ajuste para a idade, obtido por meio de regressão logística. Parna et al. (2002) observaram prevalências mais elevadas em pessoas divorciadas e viúvas.

Gráfico 7 – Prevalência de fumantes entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo estado conjugal e sexo. ISA-SP, 2002.



A forte influência da religião pode ser observada no gráfico 8 em que se verifica que as mulheres evangélicas apresentam uma prevalência de apenas 5,9%.

O tabagismo é mais prevalente entre as pessoas que ingerem bebida alcoólica com maior frequência (gráfico 9), o que é consistentemente observado em outros estudos.

Gráfico 8 – Prevalência de fumantes entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo religião e sexo. ISA-SP, 2002.

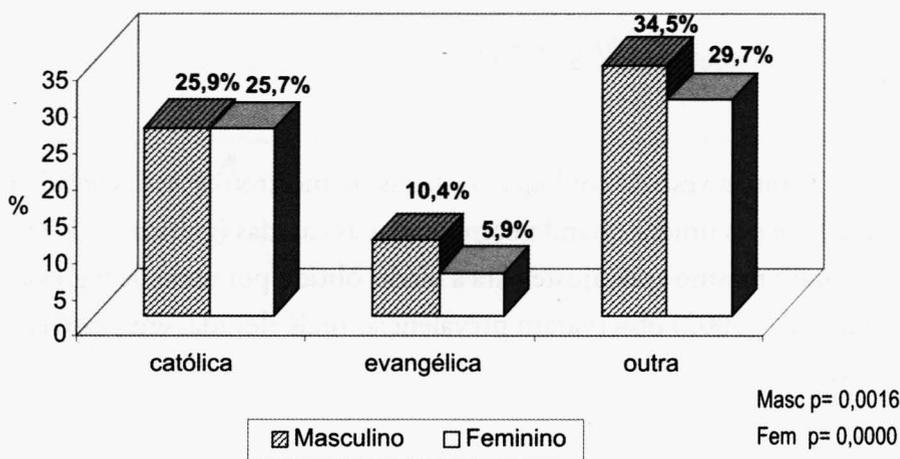
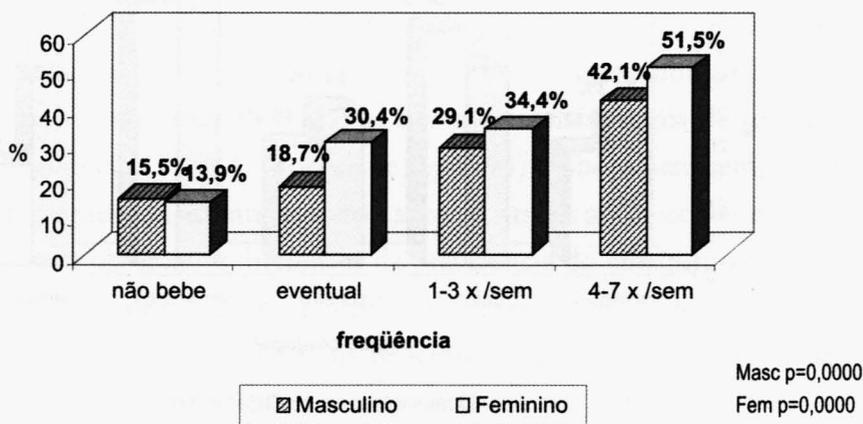


Gráfico 9 – Prevalência de fumantes entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo frequência de ingestão de bebida alcoólica e sexo. ISA-SP, 2002.



As análises apresentadas baseiam-se em informação referida sobre o hábito de fumar, o que é amplamente realizado para estimar e monitorar a prevalência do tabagismo. Estudos que avaliaram a validade da informação referida, tendo como padrão ouro o nível sérico de cotinina (ponto de corte: 11,40 ng/ml), encontraram grande aproximação entre as prevalências estimadas pelos dois métodos (Caraballo et al., 2004).

A identificação de segmentos populacionais com maior vulnerabilidade à dependência tabágica é necessária para orientar a implementação de medidas mais efetivas de controle. Estudos têm identificado fatores que se associam à manutenção do tabagismo em adolescentes (Mowery et al., 2004) e verificado a concentração de comportamentos nocivos à saúde em subgrupos da população (Howard e Wang, 2004). A observação da associação entre comportamentos desfavoráveis à saúde aponta a necessidade de políticas e intervenções globais de promoção da saúde.

É possível implementar, além das medidas de controle da propaganda e da venda de cigarros, programas de atenção aos fumantes e de apoio para os que pretendem deixar o hábito, como vem sendo feito com sucesso em vários países; na Inglaterra, por exemplo, de 64.700 pessoas incluídas em um programa de intervenção, 52% haviam abandonado o consumo de cigarros após 4 semanas de tratamento (Andrews, 2004). Programas de suporte e tratamento para a interrupção do tabagismo também têm sido desenvolvidos no Brasil com resultados promissores (Labbadia et al., 1995; Issa et al., 1998).

REFERÊNCIAS

Andrews S. The challenge of teenage smoking. *Nurs Times* 2004; 100(6):52-3.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, INCA, 2004.

Caraballo RS, Giovino GA, Pechacek TF. Self-reported cigarette smoking vs. serum cotinine among US adolescents. *Nicotine Tob Res* 2004; 6(1):19-25.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of cigarette use among 14 racial-ethnic populations. US, 1999-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53 (3):49-52.

Costa e Silva VL, Koifman S. Smoking in Latin America: a major public health problem. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 Suppl 3:99-108.

Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309(6959):901-11

Hijjar MA, Silva VLC. Epidemiologia do tabagismo no Brasil. *JBM* 1991; 60(1/2):50-71.

Howard DE, Wang MQ. Multiple sexual-partner behavior among sexually active US adolescent girls. *Am J Health Behav* 2004; 28(1):3-12.

Illing EMM, Kaiserman M. Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991. *Can J Public Health* 1995; 86(4):257-65.

Instituto Nacional do Câncer (INCA) Ministério da Saúde. VIGESCOLA. Disponível em <http://www.inca.gov.br/vigescola/docs/resultados.pdf> [2005 fev 10]

Issa JS, Forti N, Giannini SD, Diamant J. Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. *Arq Bras Cardiol* 1998; 70:271-4.

Jarvis M, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 240-55.

Labbadia EM, Ismael SC, Fernandes ND et al. Atendimento multiprofissional ao tabagista: uma opção terapêutica. *Rev Soc Cardiol ESP* 1995; 5 Supl A:6-11.

Lolio CA, Souza JMP, Santo AH, Buchalla CM. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudoeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(4):262-5.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Bases para a implantação de um programa de controle do tabagismo. Rio de Janeiro: INCA; 1996.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes R, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1995; 29 (1):46-51.

Mowery PD, Farrelly MC, Haviland ML, Gable JM, Wells HE. Progression to established smoking among US youths. *Am J Public Health* 2004; 94 (2): 331-7.

Parna K, Rahu K, Rahu M. Patterns of smoking in Estonia. *Addiction* 2002; 97 (7): 871-6.

Pechmann C, Dixon P, Layne N. An assessment of US and Canadian smoking reduction objectives for the year 2000. *Am J Public Health* 1998; 88(9):1362-7.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-78.

Vereecken CA, Mães L, De Bacquer D. The influence of parental occupation and the pupil' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *J Adolesc Health* 2004; 34(4):330-8.

[WHO] World Health Organization. Tobacco or health: first global status report. Geneva; 1997.

CONSUMO DE ÁLCOOL

MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

A ingestão abusiva de bebida alcoólica tem produzido danos de diferentes naturezas aumentando o risco de cirrose hepática, de neoplasias de diferentes localizações, de doenças cardíacas, de acidente vascular cerebral, de lesões por acidentes e violências e de quadros de depressão (CDC, 2004). Também é considerada fator de risco para suicídios e está associada a patologias mentais afetivas e não afetivas (Kavanagh et al., 2004). Ao consumo excessivo de álcool é atribuída parcela importante dos acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e dos episódios de violência, incluindo maus tratos a crianças e violência doméstica. O absenteísmo é 3,8 a 8,4 vezes maior entre os trabalhadores alcoolistas (Watkins et al., 2000). O alcoolismo é considerado um importante problema de saúde pública e atenção especial tem sido voltada às pessoas que se embebedam (binge drinkers)* e ao padrão de ingestão alcoólica dos adolescentes (Serdula et al., 2004).

Leis para controle de venda, propaganda e consumo de bebidas alcoólicas vêm sendo aprovadas e medidas para redução do consumo vêm sendo implementadas em diferentes países. O monitoramento do padrão de consumo de álcool dos diferentes segmentos da população é essencial para a formulação de estratégias eficazes para o controle do hábito e promoção da saúde.

* Beber 5 ou mais drinques em uma ocasião, por pelo menos uma vez no último mês.

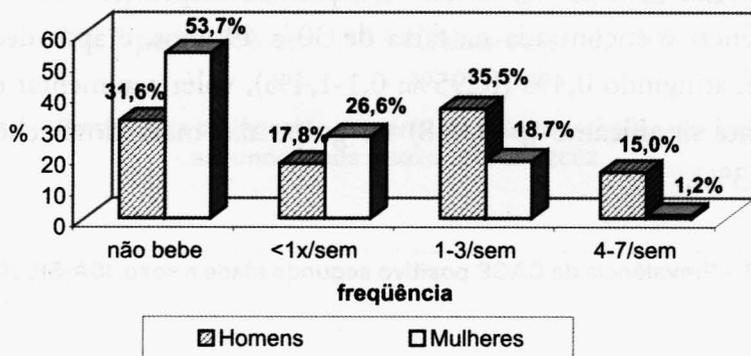
Com base nas quatro questões do teste CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) (Masur et al, 1985) e uma questão sobre a frequência do consumo das bebidas alcoólicas, que fazem parte do projeto ISA-SP, apresentam-se dados sobre o perfil de consumo e dependência de álcool da população investigada. A frequência do consumo e a dependência ao álcool foram analisados segundo as variáveis: idade, gênero, área do estudo, escolaridade, situação conjugal, cor/raça, tabagismo, prática de exercício físico e presença de transtorno mental comum, avaliada pelo *Self Reporting Questionnaire – SRQ-20* (WHO, 1994). As estimativas referentes às pessoas com 18 anos e mais baseiam-se em amostra de 4.008 entrevistados. As estimativas de prevalências e testes de associação levaram em conta o desenho da amostra aplicando as ponderações necessárias.

O padrão de consumo de bebida alcoólica revelou-se diverso segundo o gênero (gráfico 1). Proporção superior de homens (50,5%) ingere álcool ao menos uma vez por semana comparativamente a 19,9% das mulheres.

A prevalência de CAGE positivo, indicativo de dependência de álcool, é mais elevada nos homens (9,6%, IC95%: 7,3-12,6%) do que nas mulheres (2,4%: 1,5-3,8%), sendo de 5,9% (4,6-7,4%) para o conjunto da população. Prevalência semelhante foi observada por Galduroz et al. (2003) em estudo realizado em 1999, em pessoas com 12 a 65 anos, residentes nas 24 cidades com mais de 200.000 habitantes do estado de São Paulo, em que os autores encontraram 6% da população com dependência de álcool utilizando o questionário SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*). Estudos desenvolvidos em diferentes países apontam, geralmente, consumo de álcool mais elevado no sexo masculino (CDC, 2004; Malyutina et al., 2004). Os padrões e intensidade de consumo variam amplamente entre países e regiões. Em Dharan no Nepal, por exemplo, a dependência do álcool aferida pelo CAGE atinge 25,8%, sendo duas vezes maior nos homens (Jhingan et al., 2003).

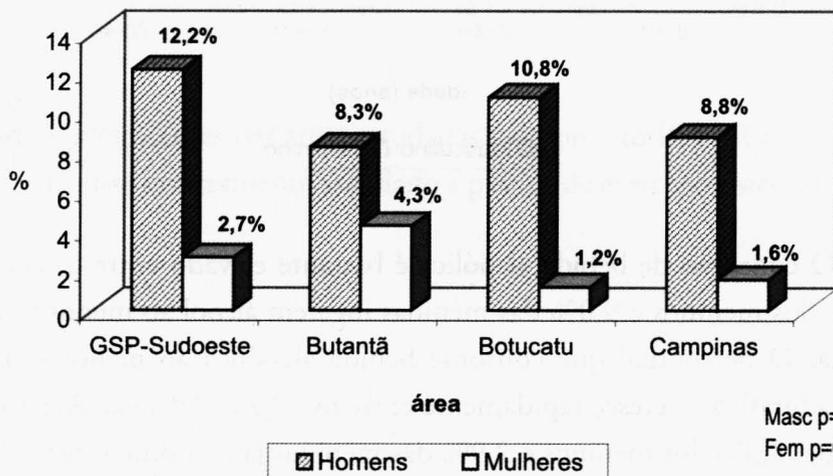
A prevalência de CAGE positivo não diferiu entre as quatro áreas incluídas neste inquérito (gráfico 2). Entre as mulheres, o valor mais elevado foi observado no distrito do Butantã, mas as diferenças entre as áreas não apresentam significância estatística ($p=0,17$).

Gráfico 1 – Distribuição percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade segundo sexo e a frequência semanal de ingestão de bebida alcoólica. ISA-SP, 2002.



p=0,0000

Gráfico 2– Prevalência de CAGE positivo em pessoas com 18 anos ou mais, segundo área do estudo e sexo. ISA-SP, 2002.

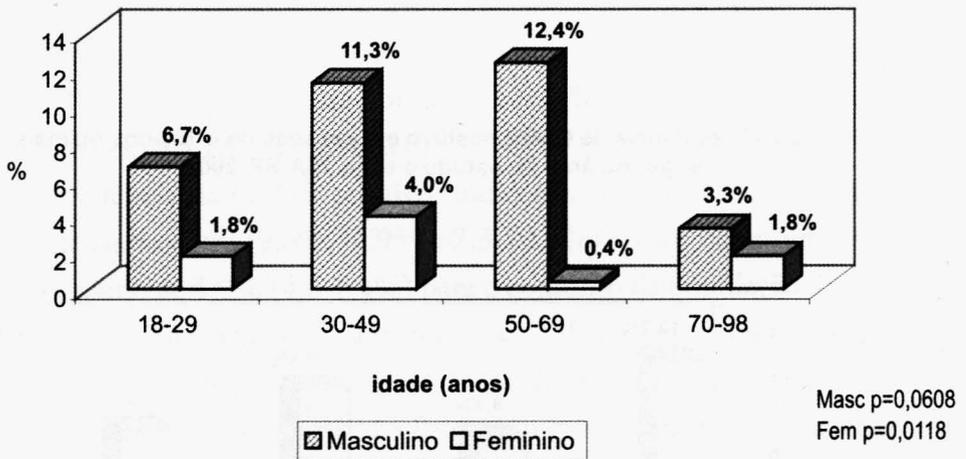


Masc p=0,5003

Fem p=0,1772

Nos homens, a prevalência de CAGE positivo aumenta com a idade até a faixa de 50 a 69 anos, em que atinge 12,4% (gráfico 3), declinando muito entre os mais idosos (3,3%). Entre as mulheres, o perfil da dependência é distinto. A maior prevalência é encontrada na faixa de 30 a 49 anos, e após declinar na faixa seguinte, atingindo 0,4% (IC95%: 0,1-1,4%), volta a aumentar de forma estatisticamente significativa ($p=0,048$) no grupo das mais idosas chegando a 1,8% (0,7-4,3%).

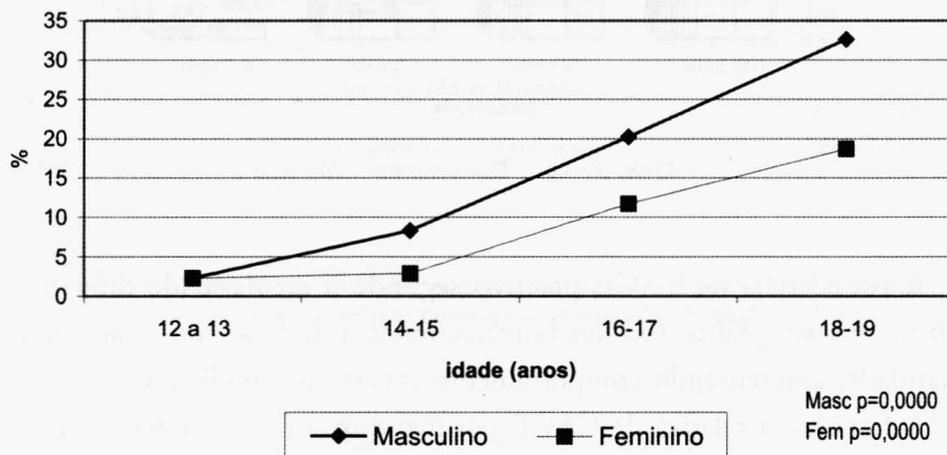
Gráfico 3 – Prevalência de CAGE positivo segundo idade e sexo. ISA-SP, 2002.



O consumo de bebida alcoólica é bastante elevado entre os adolescentes: 15,9% dos meninos e 9,0% das meninas ingerem álcool ao menos uma vez por semana. O percentual que consome bebida alcoólica ao menos uma vez por semana (gráfico 4) cresce rapidamente entre os 12 e os 19 anos. Aos 14-15 anos de idade, 8,3% dos meninos e 2,9% das meninas já consomem bebida alcoólica semanalmente. As estimativas relativas a adolescentes, apresentadas nos gráficos 4 e 5, baseiam-se em amostra de 1.600 entrevistados entre 12 e 19 anos. Estudo realizado com estudantes de primeiro e segundo graus, de escolas públicas e privadas de Campinas (SP), encontrou 11,9% consumindo álcool em pelo menos

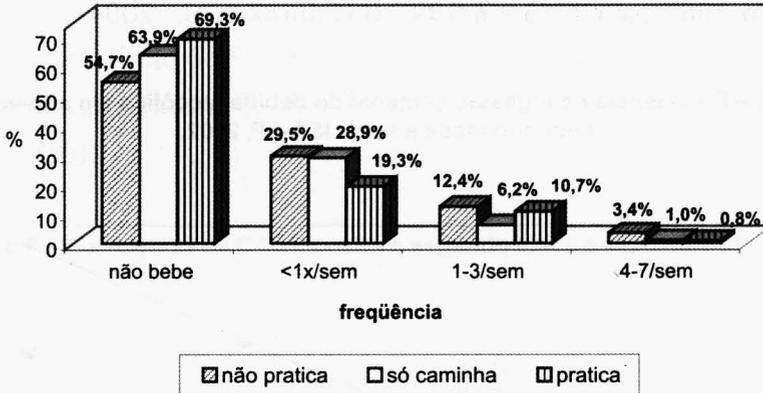
20 dos 30 dias que haviam antecedido a pesquisa (Soldera et al., 2004). Inquérito realizado em 10 capitais brasileiras verificou que o uso freqüente de álcool (6 ou mais vezes por mês) em estudantes entre 10 e 18 anos de idade, havia aumentado de 9,2% em 1987 para 15% em 1997 (Galduroz et al., 2004).

Gráfico 4 – Prevalência de ingestão semanal de bebida alcoólica em adolescentes, segundo idade e sexo. ISA-SP, 2002.



Entre os adolescentes das áreas estudadas pelo projeto ISA-SP, o consumo de álcool mostrou-se inversamente associado à prática de exercício físico e esporte (gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição percentual de adolescentes segundo freqüência semanal de ingestão de bebida alcoólica e prática de atividade física. ISA-SP, 2002.



A prevalência de CAGE positivo segundo a escolaridade diferencia-se conforme o sexo (gráfico 6). Nos homens, tende a declinar com o aumento da escolaridade, apresentando comportamento inverso nas mulheres.

A freqüência relativa de CAGE positivo é maior nos unidos e separados comparada com a observada em solteiros, casados e viúvos (gráfico 7). Nos homens, após ajuste para a idade, aqueles em união consensual apresentam maior prevalência que os casados (OR= 2,01; IC 95%:1,0-4,04). Nas mulheres, as unidas (OR=6,06) e as separadas (OR= 5,86) apresentam maior prevalência que as casadas. Maior consumo de álcool em divorciados e viúvos e entre as pessoas de menor escolaridade são observações relatadas por outros autores (Jhingan et al., 2003; Malyutina et al., 2004).

Gráfico 6 – Prevalência de CAGE positivo (18 anos e mais) segundo sexo e escolaridade. ISA-SP, 2002.

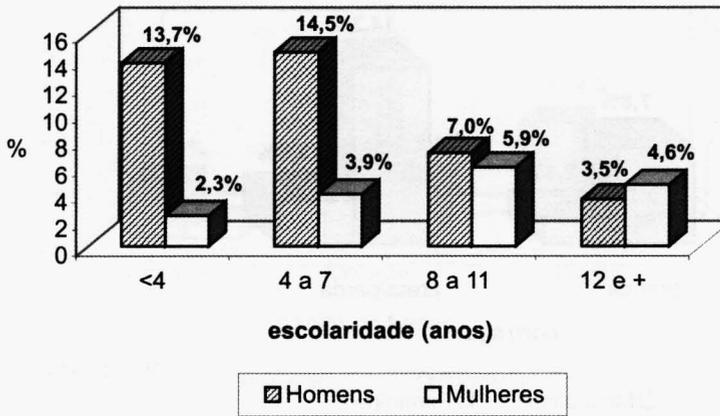
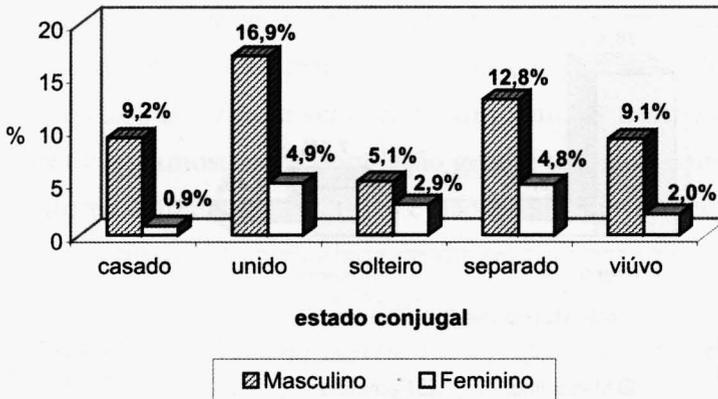


Gráfico 7 – Prevalência de CAGE positivo entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo estado conjugal e sexo. ISA-SP, 2002.



A prevalência de CAGE positivo é maior nos homens de cor/raça pardos e pretos em comparação aos brancos (gráfico 8) e naqueles que apresentam transtornos mentais comuns (gráfico 9). A literatura apresenta muitas evidências de associação entre doenças e distúrbios mentais e o consumo excessivo de álcool e de outras drogas (Kavanagh et al., 2004; McCloud et al., 2004).

Gráfico 8 – Prevalência de CAGE positivo entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo cor/raça e sexo. ISA-SP, 2002.

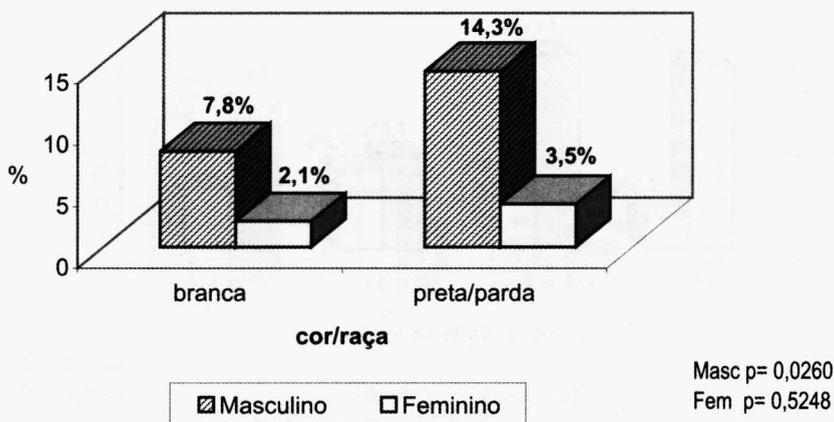
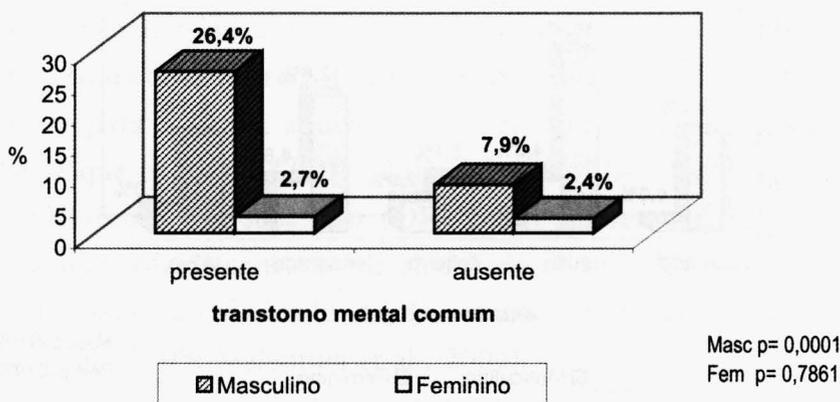
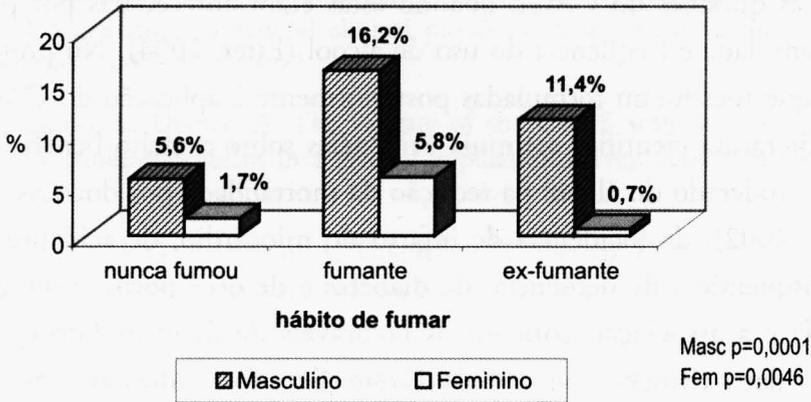


Gráfico 9 – Prevalência de CAGE positivo entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo sexo e presença de transtorno mental comum. ISA-SP, 2002.



Em ambos os sexos a prevalência de CAGE positivo é maior nos fumantes (gráfico 10) apresentando as mulheres ex-fumantes a menor prevalência. A associação fumo/álcool é um achado freqüente na literatura. Pesquisas também relatam a maior dependência da nicotina por parte dos fumantes alcoolistas em comparação aos demais fumantes (Hurt e Patten, 2003).

Gráfico 10 – Prevalência de CAGE + entre pessoas com 18 anos ou mais, segundo hábito de fumar e sexo. ISA-SP, 2002.



O uso do teste CAGE apresenta algumas limitações. A validade do teste depende do contexto em que é aplicado. Estudo de meta-análise conduzido com o propósito de avaliar a validade do teste CAGE em diagnosticar abuso/dependência alcoólica revelou sensibilidade de 0,87 em pacientes internados, 0,71 em pacientes de atenção primária e 0,60 em pacientes de ambulatorios (Aertgeerts et al., 2004). O teste vem sendo amplamente utilizado em pesquisas com estudantes e em amostras da população geral e tem sido considerado válido por alguns autores (Saremi et al., 2001) e não válido por outros (Bisson et al., 1999). Pesquisa comparando a validade de diferentes instrumentos diagnósticos de abuso/dependência de álcool (CAGE, *Rapid Alcohol Problems Screen 4 - RAPS4* e *Rapid Alcohol Problems Screen 4 with Quantity-Frequency Questions - RAPS4-QF*) concluiu pelo melhor desempenho do RAPS4-QF (Cherpitel, 2002). Avaliando os desempenhos do CAGE, do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), do POSIT (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers substance use/abuse scale*) e do CRAFFT (*car, relax, alone, friends, forget, trouble*) pela análise das áreas sob as curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*) Knigh et al. (2003) concluem pela não recomendação da aplicação do CAGE em adolescentes.

O resultado do teste também depende da ordem de formulação das questões. Estudo realizado na Suíça encontrou menor percentual de respostas positivas às questões do CAGE quando estas eram antecedidas por perguntas sobre quantidade e frequência do uso de álcool (Etter, 2004). No projeto ISA-SP essas questões foram formuladas posteriormente à aplicação do CAGE.

A literatura científica acumula evidências sobre o efeito benéfico do uso regular e moderado do álcool na redução da mortalidade por doenças cardíacas (Wilkins, 2002), da incidência de infarto do miocárdio, de acidente vascular cerebral isquêmico, de demência, de diabetes e de osteoporose (Standridge et al., 2004) e a associação com níveis favoráveis de diversos fatores de risco cardiovasculares (Burger et al., 2004). E este efeito foi verificado com diferentes tipos de bebidas alcoólicas (Denke, 2000; Standridge et al., 2004; Ellison, 2002). Entretanto, o uso abusivo e a dependência de álcool trazem conseqüências danosas à saúde, amplamente confirmadas na literatura médica e responsáveis por elevado custo social. Decorreram do uso abusivo do álcool 3,5% das mortes ocorridas nos EUA em 2000 (Mokdad et al., 2004) representando, segundo o CDC (2004), a 3ª principal causa de mortalidade naquele país.

Estudos têm identificado a localização cromossômica (cromossomas 9, 15 e 16) da vulnerabilidade genética das pessoas à dependência de álcool (Ma et al., 2003). Mas, a identificação epidemiológica dos segmentos sociodemográficos mais susceptíveis à dependência alcoólica é atividade essencial para orientar a formulação de efetivas políticas e programas de controle.

A menor frequência semanal de consumo de bebida alcoólica entre adolescentes que praticam esportes, como revelado no ISA-SP, sugere componentes e estratégias para programas de intervenção. Revisão sistemática da literatura sobre intervenções aplicadas na atenção primária, voltadas à redução do consumo de álcool, fornece evidências do sucesso dos programas (Whitlock et al., 2004). Os dados epidemiológicos e a literatura apontam que, além das medidas mais amplas, legislativas e educativas de promoção da saúde no tocante ao consumo de álcool, é necessária a atuação da rede de serviços de saúde na implementação da redução de danos e do tratamento dos pacientes álcool-dependentes.

REFERÊNCIAS

- Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(1):30-9.
- Bisson J, Nadeau L, Demers A. The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problem in a general population survey. *Addiction* 1999; 94(5): 715-22.
- Burger M, Mendink G, Bronstrup A, Thierfelder W, Pietrzik K. Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. *Eur J Clin Nutr* 2004; 59(4):605-14.
- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol use among adolescents and adults – New Hampshire, 1991-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53(8): 174-5.
- Cherpitel CJ. Screening for alcohol problem in the US general population: comparison of the CAGE, RAPS4, and RAPS4-QF by gender, ethnicity and service utilization. Rapid Alcohol Problems Screen. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26(11):1686-91.
- Denke MA. Nutritional and health benefits of beer. *Am J Med Sci* 2000; 320(5):320-6.
- Ellison RC. Balancing the risks and benefits of moderate drinking. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 957:1-6.
- Etter JF. Asking about quantity and frequency of alcohol consumption before asking the CAGE questions produces lower ratings on the CAGE test. *Drug Alcohol Depend* 2004; 74(2):211-4.
- Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EL. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. *São Paulo Med J* 2003; 121(6):231-7.
- Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Bio Res* 2004; 37(4):523-31.
- Hurt RD, Patten CA. Treatment of tobacco dependence in alcoholics. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16:335-59.
- Jhingan HP, Shyangwa P, Sharma A, Prasad KM, Khandelwal SK. Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE questionnaire. *Addiction* 2003; 98(3):339-43.

- Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M et al. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res* 2004 ; 66(2/3):115-24.
- Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27(1):67-73.
- Ma JZ, Zhang D, Dupont RT, Dockter M, Elston RC, Li MD. Mapping susceptibility loci for alcohol consumptions using number of grams of alcohol consumed per day as a phenotype measure. *BMC Genet* 2003; 4(1):S104.
- Malyutina S, Bobak M, Kurilovitch D, Nikitin Y, Marmot M. Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol Alcohol* 2004; 39(1):64-9.
- Masur J, Capriglione MJ, Monteiro MG, Jorge MR. Detecção precoce do alcoolismo em Clínica Médica através do questionário CAGE. *J bras Psiq* 1985; 34(1):31-34.
- Mccloud A, Barnaby B, Omu N, Drummond C, Aboud A. Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in patient prevalence study. *Br J Psychiatry* 2004; 184(5):439-45.
- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004; 291(10):1238-45.
- Saremi A, Hanson RL, Williams DE, Roumain J, Robin RW, Long JC et al. Validity of the CAGE questionnaire in an American Indian population. *J Stud Alcohol* 2001; 62(3):294-300.
- Serdula MK, Brewer RD, Gillespie C, Denny CH, Mokdad A. Trends in alcohol use and binge drinking, 1985-1999: results of a multi-state survey. *Am J Prev Med* 2004; 26(4): 294-8.
- Soldera M, Dalgalarondo P, Correa Filho HR, Silva CA. Uso de drogas psicotrópicas entre estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):277-83.
- Standridge JB, Zylstra RG, Adams SM. Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *South Med J* 2004; 97(7):664-72.
- Watkins JP, Eisele GR, Matthews KO. Occupational medical program alcohol screening. Utility of the CAGE and BMAST. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19(1):51-7.

Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004; 140(7):557-68.

[WHO] World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva; 1994.

Wilkins K. Moderate alcohol consumption and heart disease. *Health Rep* 2002; 14(1): 9-24.

MORBIDADE REFERIDA

Luís Cabral
Carolina Loureiro
Sandra Sousa de Castro

IV

Estado de saúde

MORBIDADE REFERIDA

LUANA CARANDINA

CHESTER LUIZ GALVÃO CÉSAR

SHAMYR SULYVAN DE CASTRO¹

A morbidade da população entrevistada foi avaliada através da morbidade referida, para o período de quinze dias anteriores à entrevista e, também, pelas doenças crônicas e deficiências físicas referidas pelos entrevistados. As fontes de dados secundários para análise de morbidade, embora de grande importância, são muito seletivas, quer se trate de dado ambulatorial ou de alta hospitalar, pois eles permitem tão somente uma boa caracterização da clientela, ou seja, da demanda atendida. Este processo, reconhecidamente seletivo, decorre basicamente de dois fatos. O primeiro deles é a própria gravidade dos problemas de saúde, fazendo com que cheguem aos serviços os casos mais graves, que necessitaram de algum atendimento profissional. A segunda forma de seleção da clientela decorre das barreiras existentes entre pacientes e serviços de saúde, sendo as principais as econômicas e as geográficas. Com isso somente os que ultrapassam as diversas barreiras conseguem chegar aos serviços.

Nos países com sistemas de saúde que apresentam cobertura universal, as distorções talvez não sejam muito significativas, porém, em situações onde o acesso aos serviços de saúde é muito seletivo, a demanda atendida deve ser muito diferente da não atendida.

Assim, o perfil de morbidade estudado através da morbidade referida em inquéritos de saúde de base populacional, permite maior aproximação dos problemas

¹ Shamyry Sulyvan de Castro, fisioterapeuta graduado pela UNESP. Aluno de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da USP.

reais de saúde que ocorrem, independentemente da sua gravidade. Este modelo de estudo possibilita também um melhor conhecimento da representação da doença feita pelos indivíduos, independente de critérios médicos de diagnóstico.

Morbidade referida para o período de quinze dias anteriores à entrevista

O inquérito estudou a ocorrência de morbidades agudas a partir de uma pergunta inicial, sobre a referência a algum “problema de saúde”, no período de quinze dias anteriores à entrevista. Foram anotados problemas referentes a “doenças” e a “acidentes ou violências”. As “doenças” foram relatadas sob a forma de diagnósticos, com os nomes das doenças, ou caracterizadas como sintomas e sinais. Os acidentes foram especificados de acordo com a natureza da lesão, a natureza do episódio e o local do acidente. Assim, foram incluídos tanto os acidentes comuns como os acidentes de trabalho. O período recordatório utilizado, quinze dias, tem sido preconizado como o adequado para morbidade referida em inquéritos de saúde, permitindo o conhecimento amplo dos problemas de saúde, desde aqueles bem definidos, eventualmente com diagnóstico clínico e laboratorial, até sintomas ou sinais pouco característicos, que eventualmente desapareceram com automedicação ou mesmo sem nenhuma interferência. Como consequência, a frequência do capítulo XVIII da CID 10, *“Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”* é sempre maior do que a encontrada em estudos de morbidade da população atendida pelos serviços de saúde, que representa uma seleção do total de problemas ocorridos na população. Estes fatos ocorrem em proporção muito menor para as doenças crônicas, pois muito do que é referido baseia-se em diagnóstico médico e, praticamente, inexistem para as deficiências físicas.

Os dados foram agrupados pela Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID 10), que tem sido utilizada para análises de morbidade referida em inquéritos de saúde (César et al., 2001).

A referência a problema de saúde, no período de quinze dias anteriores à entrevista, variou entre as áreas estudadas: a menor frequência ocorreu em Campinas, cerca de 17% e a maior na área Grande São Paulo, com 35%. No Butantã 22% dos entrevistados referiram algum problema de saúde e, em Botucatu, 25%.

A tabela 1 mostra a distribuição das morbidades referidas, segundo agrupamentos de causas (capítulos da CID), expressas como frequência do total de morbidades referidas, podendo um mesmo indivíduo ter feito referência a mais de uma morbidade. O capítulo XVIII, que tem especificidade própria, conforme descrito acima, correspondeu a 29,4% das morbidades referidas pelos entrevistados. Excetuando-se este capítulo, as maiores frequências corresponderam às *Doenças do aparelho respiratório*, 35,6%; *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*, com 6,6%; *Lesões envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas*, com 6,1%; *Doenças do aparelho digestivo* (4,5%); *Doenças do aparelho circulatório* (2,5%); *Doenças da pele e do tecido subcutâneo* (2,5%) e *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* (2,4%). Os demais capítulos apresentaram frequências inferiores a 2% do total de morbidades.

A tabela 2 descreve as taxas de prevalência, por 1.000 pessoas, das morbidades agrupadas nos capítulos da CID segundo faixa etária e sexo. Para a maioria das morbidades houve diferença na incidência segundo a idade e o sexo do entrevistado. Por exemplo, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do ouvido e da apófise mastóide e doenças do aparelho respiratório tiveram prevalências mais altas para as idades mais baixas, ocorrendo o inverso com as doenças do aparelho circulatório e com as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, que apresentaram prevalências mais altas nas idades mais avançadas.

Tabela 1 – Frequência das morbidades referidas, segundo agrupamento de causas (CID -10). ISA-SP, 2002.

| Capítulos | N ^{os} absolutos na amostra | % na amostra ponderada |
|--|--------------------------------------|------------------------|
| I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 66 | 2,4 |
| II – Neoplasias (tumores) | 7 | 0,5 |
| III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários | 9 | 0,7 |
| IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 24 | 0,3 |
| V – Transtornos mentais e comportamentais | 21 | 1,3 |
| VI – Doenças do sistema nervoso | 14 | 0,4 |
| VII – Doenças do olho e anexos | 37 | 1,6 |
| VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 56 | 1,6 |
| IX – Doenças do aparelho circulatório | 87 | 2,5 |
| X – Doenças do aparelho respiratório | 829 | 35,6 |
| XI – Doenças do aparelho digestivo | 102 | 4,5 |
| XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 43 | 2,5 |
| XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 215 | 6,6 |
| XIV – Doenças do aparelho geniturinário | 62 | 3,6 |
| XV – Gravidez, parto e puerpério | 1 | 0,2 |
| XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal | 5 | 0,1 |
| XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias | 2 | 0,1 |
| XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte | 658 | 29,4 |
| XX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 120 | 6,1 |
| Total | 2.358 | 100 |

Tabela 2 – Taxa de prevalência (por 1000) da morbidade referida de 15 dias segundo causas em capítulos da CID 10, faixa etária e sexo. ISA-SP, 2002.

| Causas | Faixa etária e Sexo | | | | | | | | | | | | Total | |
|--|---------------------|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|---------|
| | <1 | 1 a 11 | 12 a 19M | 12 a 19F | 20 a 29M | 20 a 29F | 30 a 39M | 30 a 39F | 40 a 49M | 40 a 49F | 50 a 59M | 50 a 59F | | 60 e +M |
| I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 66 | 51 | 24 | 16 | 17 | 30 | 28 | 11 | 30 | | | | | |
| II – Neoplasias (tumores) | – | – | – | – | 2 | 19 | 3 | 1 | 6 | | | | | |
| III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários | 7 | 24 | 2 | – | – | 10 | – | – | 9 | | | | | |
| IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 2 | 2 | – | 2 | 4 | 2 | 26 | 13 | 4 | | | | | |
| V – Transtornos mentais e comportamentais | – | – | – | 5 | 34 | 26 | 5 | 14 | 17 | | | | | |
| VI – Doenças do sistema nervoso | 8 | – | 24 | 1 | 2 | 9 | 3 | 2 | 6 | | | | | |
| VII – Doenças do olho e anexos | 21 | 19 | 4 | 4 | 24 | 20 | 62 | 37 | 20 | | | | | |
| VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 82 | 44 | 19 | 6 | – | 14 | 30 | 21 | 20 | | | | | |
| IX – Doenças do aparelho circulatório | – | 11 | 10 | 12 | 11 | 41 | 123 | 157 | 31 | | | | | |
| X – Doenças do aparelho respiratório | 693 | 588 | 498 | 555 | 428 | 358 | 293 | 270 | 451 | | | | | |
| XI – Doenças do aparelho digestivo | 40 | 25 | 79 | 26 | 89 | 59 | 103 | 40 | 57 | | | | | |
| XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 5 | 32 | 38 | 13 | 28 | 45 | 4 | 21 | 32 | | | | | |
| XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | – | 1 | 44 | 47 | 73 | 125 | 306 | 252 | 84 | | | | | |
| XIV – Doenças do aparelho geniturinário | 5 | 12 | – | 46 | 43 | 92 | 16 | 48 | 46 | | | | | |
| XV – Gravidez, parto e puerpério | – | – | – | – | – | 10 | – | – | 3 | | | | | |
| XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal | 21 | – | – | – | – | – | – | – | 1 | | | | | |
| XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | – | 6 | – | – | – | 2 | – | – | 2 | | | | | |
| XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte | 345 | 374 | 376 | 506 | 401 | 344 | 223 | 315 | 372 | | | | | |
| XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 76 | 149 | 98 | 73 | 81 | 24 | 38 | 64 | 77 | | | | | |

Doenças crônicas

As doenças crônicas são importante causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. São causas freqüentes de absenteísmo, invalidez e de comprometimento de qualidade de vida (Lessa, 1998).

O inquérito de saúde estudou a freqüência de algumas morbidades crônicas referidas pelos entrevistados e constantes de um *checklist*. O uso de *checklist* para doenças crônicas nos inquéritos permite dimensionar a prevalência não apenas das mais graves e limitantes, mas de outras presentes nas comunidades estudadas. Atribui-se ao uso de *checklist* valores mais adequados da prevalência de doenças crônicas por lembrar aos entrevistados aquelas que, no momento da entrevista, poderiam não ser citadas por estarem sob controle ou sem manifestações clínicas ou as consideradas de menor impacto na qualidade de vida (Knight et al., 2001). Vários inquéritos sobre afecções crônicas em que foi utilizado *checklist* são encontrados na literatura (Trevena et al., 2001; Keyes & Grzywacz, 2002, entre outros). É necessário salientar que os problemas crônicos abordados no *checklist* referem-se a agrupamentos de sintomas ou problemas de saúde e não a patologias específicas, com ressalvas possíveis à *hipertensão, diabetes e osteoporose*.

A tabela 3 descreve as prevalências médias e prevalências por idade e sexo em maiores de 20 anos entrevistados, no conjunto das quatro áreas. A prevalência das doenças crônicas teve distribuição semelhante nas quatro áreas estudadas: Região Sudoeste da Grande São Paulo, Distrito do Butantã, Município de Botucatu e Município de Campinas.

As maiores prevalências médias foram atribuídas a: *enxaqueca/dor de cabeça, alergia, hipertensão, depressão/ansiedade/problemas emocionais, doença (séria) da coluna/costas, doença digestiva crônica, artrite/reumatismo/artrose, doença do coração, doença da pele e diabetes*. As menores prevalências ocorreram nas doenças infecciosas de evolução crônica: *hanseníase, tuberculose e esquistossomose*.

Nos grupos etários, 20 a 59 anos e 60 anos ou mais, as prevalências das afecções crônicas mais freqüentes foram maiores nas mulheres do que nos homens, observando-se uma tendência de aumento das prevalências com a idade em

ambos os sexos para: *hipertensão, depressão/ansiedade, doença da coluna/costas, artrite/reumatismo/artrose, doença do coração, doença da pele, diabetes, doença crônica do pulmão e osteoporose.*

Tabela 3 – Prevalência (%) das Doenças Crônicas referidas por maiores de 20 anos, segundo o grupo etário e o sexo. ISA-SP, 2002.

| Doença Crônica | 20 a 59 anos | | 60 anos e mais | | Prevalência média (%) | Intervalo de Confiança da média (IC 95%) |
|--|--------------|-------|----------------|-------|-----------------------|--|
| | M | F | M | F | | |
| Enxaqueca/dor de cabeça | 118,9 | 327,9 | 119,0 | 176,9 | 217,8 | 195,6 – 240,0 |
| Alergia | 158,6 | 248,1 | 145,1 | 236,6 | 204,1 | 178,5 – 229,6 |
| Hipertensão | 142,1 | 164,5 | 433,8 | 567,4 | 200,0 | 175,9 – 224,0 |
| Depressão/ansiedade/ problemas emocionais | 125,5 | 204,8 | 169,8 | 301,6 | 177,0 | 151,7 – 202,2 |
| Doença da Coluna/Costas (séria, importante) | 132,9 | 179,1 | 256,6 | 334,7 | 175,6 | 152,4 – 198,9 |
| Doença digestiva crônica (úlcera) | 128,6 | 115,3 | 125,9 | 164,4 | 125,1 | 101,6 – 148,5 |
| Artrite/reumatismo/artrose | 24,0 | 73,0 | 193,0 | 331,9 | 78,2 | 65,7 – 90,7 |
| Doença do coração | 29,2 | 41,5 | 140,8 | 174,9 | 51,8 | 40,4 – 63,2 |
| Doença de Pele | 39,7 | 45,0 | 76,3 | 84,1 | 47,4 | 35,3 – 59,4 |
| Diabetes | 23,8 | 31,9 | 149,3 | 157,9 | 44,4 | 34,2 – 54,7 |
| Doença Crônica do pulmão (asma, bronquite, enfisema) | 21,9 | 47,3 | 76,7 | 63,2 | 39,5 | 29,6 – 49,3 |
| Osteoporose | 7,9 | 23,7 | 39,7 | 224,4 | 32,8 | 25,0 – 40,6 |
| Anemia | 8,4 | 39,9 | 30,3 | 50,3 | 26,9 | 17,6 – 36,2 |
| Doença renal crônica | 10,5 | 13,6 | 48,6 | 41,8 | 16,4 | 11,1 – 21,7 |
| Acidente vascular cerebral (derrame cerebral) | 13,7 | 4,9 | 54,1 | 39,0 | 13,8 | 8,9 – 18,7 |
| Epilepsia (ataque) | 13,0 | 4,8 | 7,0 | 7,4 | 8,5 | 4,0 – 13,1 |
| Câncer (tumor maligno) | 1,4 | 6,0 | 34,4 | 18,5 | 6,6 | 3,1 – 10,0 |
| Doença de Chagas | 1,4 | 0,3 | 11,8 | 15,0 | 2,5 | 1,3 – 3,7 |
| Tuberculose | – | 0,8 | 0,9 | 2,3 | 0,5 | 0,0 – 1,2 |
| Esquistossomose (barriga d'água) | – | 0,6 | 1,8 | 1,4 | 0,5 | 0,0 – 1,0 |
| Hanseníase | – | – | – | 3,7 | 0,3 | 0,0 – 0,7 |

A tabela 4 analisa as doenças mais freqüentes acima dos 20 anos de idade, segundo faixas etárias com intervalo de dez anos. O sexo masculino apresentou tendência ao aumento das prevalências com a idade, a partir dos 20 anos, para: *hipertensão, depressão/ansiedade, artrite/reumatismo/artrose, e*, a partir dos 40 anos, para *diabetes e osteoporose*. Já a prevalência de *doença da coluna/costas e doença do coração* apresentaram aumento com a idade, mas tiveram ligeira queda nos maiores de 80 anos. A *doença digestiva crônica* teve prevalências ascendentes dos 20 aos 59 anos, com discreto decréscimo já a partir dos 60 anos. A *alergia* registrou as maiores prevalências entre 20 e 39 anos. A *doença crônica do pulmão* teve maiores prevalências a partir dos 60 anos.

Quanto ao sexo feminino, observaram-se prevalências maiores do que as referidas pelos homens em todos os agrupamentos de problemas de saúde, já a partir dos 20 anos de idade e a tendência geral de aumento com a idade *da hipertensão, depressão/ansiedade, artrite/reumatismo/artrose, doença do coração, diabetes e osteoporose*. Para *enxaqueca/dor de cabeça, alergia, doença da coluna/costas, doença digestiva crônica e doença crônica do pulmão* esta tendência não foi clara. Prevalências maiores no sexo feminino podem estar relacionadas com a ocorrência efetivamente maior dos agravos ou com uma maior preocupação das mulheres com a saúde e uma maior procura dos serviços de saúde, quando comparadas aos homens.

Tabela 4 – Prevalência (%) das principais doenças crônicas referidas por maiores de 20 anos, segundo o grupo etário e o sexo. ISA-SP, 2002.

| Doença Crônica | Sexo | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-e + |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Enxaqueca/ dor de cabeça | M | 120,9 | 82,3 | 111,1 | 169,6 | 110,9 | 136,6 | 115,4 |
| | F | 325,2 | 296,0 | 405,9 | 273,2 | 200,8 | 161,4 | 118,6 |
| Alergia | M | 194,3 | 191,7 | 111,1 | 116,6 | 139,8 | 162,9 | 121,7 |
| | F | 241,6 | 247,1 | 251,4 | 258,6 | 244,6 | 230,7 | 219,4 |
| Hipertensão | M | 14,2 | 48,9 | 219,9 | 384,9 | 421,1 | 497,1 | 310,9 |
| | F | 38,8 | 65,6 | 247,3 | 481,1 | 534,2 | 607,4 | 593,2 |
| Depressão/ansiedade/ problemas emocionais | M | 123,8 | 104,7 | 124,8 | 154,7 | 150,2 | 170,6 | 295,7 |
| | F | 140,1 | 222,1 | 247,0 | 234,3 | 306,6 | 284,6 | 331,2 |
| Doença da Coluna/ Costas (séria, importante) | M | 89,7 | 142,4 | 141,6 | 188,8 | 265,4 | 274,6 | 140,2 |
| | F | 96,1 | 128,5 | 221,8 | 382,0 | 298,7 | 401,4 | 291,9 |
| Doença digestiva crônica (úlcera) | M | 66,0 | 129,1 | 173,7 | 182,4 | 131,5 | 138,2 | 49,0 |
| | F | 101,1 | 118,0 | 133,5 | 113,2 | 175,3 | 152,2 | 153,0 |
| Artrite/reumatismo/ artrose | M | 9,8 | 7,2 | 18,5 | 77,1 | 184,5 | 204,8 | 210,2 |
| | F | 31,4 | 50,9 | 57,4 | 225,9 | 288,4 | 401,7 | 314,1 |
| Doença do coração | M | 12,2 | 11,7 | 29,6 | 80,5 | 89,5 | 236,0 | 167,6 |
| | F | 17,3 | 41,6 | 73,0 | 46,1 | 128,4 | 205,2 | 287,1 |
| Diabetes | M | – | – | 32,6 | 83,8 | 156,5 | 152,1 | 93,3 |
| | F | 1,9 | 15,4 | 59,3 | 84,2 | 157,5 | 151,0 | 178,6 |
| Doenças Crônicas do pulmão e outras | M | 29,4 | 23,5 | 14,0 | 16,6 | 57,8 | 99,0 | 128,4 |
| | F | 48,8 | 54,7 | 40,3 | 41,4 | 70,3 | 56,4 | 52,3 |
| Osteoporose | M | – | – | 13,6 | 24,7 | 34,7 | 45,5 | 54,0 |
| | F | 7,8 | 12,8 | 16,3 | 88,4 | 181,8 | 298,9 | 186,0 |

A tabela 5 mostra as prevalências das doenças crônicas segundo o grau de escolaridade do chefe da família, independentemente do sexo, idade e da área de estudo. *Hipertensão, doença da coluna, artrite/reumatismo/artrose, doença do coração, diabetes e osteoporose* tiveram maiores prevalências nos níveis mais baixos de escolaridade dos chefes de família. A *alergia* teve prevalências maiores entre os de maior escolaridade. O grau de escolaridade do chefe da família pode ser considerado um bom indicador das condições socioeconômicas que, por sua vez, são determinantes da desigualdade social em saúde.

Tabela 5 – Prevalência (%) das principais doenças crônicas referidas por maiores de 20 anos, segundo a escolaridade do chefe de família*. ISA-SP, 2002.

| DOENÇAS CRÔNICAS | Escolaridade (anos) | | | |
|---|---------------------|-------|--------|--------|
| | nunca ou <4 | 4 a 7 | 8 a 11 | 12 e + |
| Enxaqueca/dor de cabeça | 205,7 | 247,6 | 217,0 | 170,1 |
| Alergia | 189,1 | 180,5 | 204,2 | 268,9 |
| Hipertensão | 264,0 | 218,6 | 158,9 | 151,0 |
| Depressão/ansiedade/problemas emocionais | 166,5 | 167,8 | 195,4 | 172,3 |
| Doença da Coluna/ Costas (séria, importante) | 222,1 | 165,3 | 157,6 | 164,3 |
| Doença digestiva crônica (úlcera/gastrite) | 116,7 | 124,0 | 148,2 | 90,8 |
| Artrite/Reumatismo/Artrose | 113,8 | 94,3 | 50,6 | 49,8 |
| Doença do coração | 64,4 | 59,6 | 38,9 | 42,2 |
| Diabetes | 64,2 | 56,7 | 29,9 | 22,7 |
| Doença Crônica do pulmão (asma...) | 46,9 | 37,8 | 42,4 | 25,9 |
| Osteoporose | 50,9 | 41,3 | 17,3 | 22,4 |

* ambos os sexos, todas as idades

Uma revisão inicial da literatura nacional sobre prevalência de doenças crônicas mostra diversos estudos sobre hipertensão e, em menor número, sobre outras doenças crônicas. A diversidade de abordagens metodológicas dificulta, algumas vezes, a comparação dos resultados (Lessa, 1998).

Rego et al. (1990) estudaram as doenças crônicas não transmissíveis em inquérito domiciliar no município de São Paulo, visando identificar alguns de seus fatores de risco. A prevalência de hipertensão arterial foi maior entre os homens do que entre as mulheres, o mesmo sendo observado para o tabagismo e o alcoolismo. As mulheres apresentaram prevalências maiores de obesidade e sedentarismo.

Carvalho et al. (1983), em estudo epidemiológico sobre hipertensão arterial e grupos sociais, destacaram as maiores prevalências nas classes sociais menos favorecidas. Resultados semelhantes foram encontrados por Klein et al. (1985)

em Volta Redonda - RJ; por Costa & Klein (1985) no Rio Grande do Sul; por Rouquayrol et al. (1987), em um bairro de Fortaleza - CE e por Klein et al. (1995) na Ilha do Governador - RJ.

Maiores prevalências de hipertensão entre pessoas mais velhas e entre as mulheres foram descritas por Lebrão et al. (1991), em Botucatu - SP e por Barreto et al. (2001) em Bambuí - MG.

A maioria dos estudos citados sobre hipertensão baseou-se nas medidas da pressão arterial. No presente inquérito a hipertensão foi apenas informada. Sua prevalência média de 200,0‰ foi semelhante aos valores médios encontrados nos inquéritos nacionais que variaram de 180‰ a 230‰. Deve-se ressaltar que os hipertensos, assim como os diabéticos nas quatro áreas estudadas, souberam de seu diagnóstico pelo médico em quase 100% dos casos.

Silva et al. (2004), abordaram a dor lombar crônica em uma população adulta em Pelotas - RS, quanto à prevalência e fatores associados. Encontraram uma prevalência média de 4,2% sendo este valor intermediário entre as taxas encontradas em estudos internacionais de 2% a 6,5%. A prevalência foi maior entre as mulheres, entre as pessoas de menor escolaridade e menor nível socioeconômico e apresentou aumento com a idade. Também foi maior entre obesos e fumantes. A dor lombar comprometia as atividades diárias, causando maior absenteísmo no trabalho. No presente estudo a dor lombar esteve incluída nas doenças da coluna/costas, cuja prevalência média foi de 17,6%, podendo abranger outras afecções.

A respeito das condutas adotadas pelos entrevistados para o controle de hipertensão e diabetes (Gráfico 1), verifica-se uma adesão média de apenas 26,3% à dieta sem sal pelos hipertensos e de 62,7% à dieta alimentar pelos diabéticos. Quanto à tomada rotineira de medicamentos ela foi, em média, de 70,7% entre os hipertensos e de 55,3% entre os diabéticos. Os níveis mais baixos de adesão foram observados para: *fazer regime para perder/manter o peso e praticar regularmente atividade física*, com apenas 3,9% e 6,4% entre os hipertensos e 5,5% e 5,6% entre os diabéticos, respectivamente. Não foram encontradas diferenças entre as áreas de estudo para as condutas adotadas e os níveis de adesão.

A respeito do seguimento de rotina da hipertensão e do diabetes, através de visitas periódicas ao médico ou serviço de saúde, não foram observadas diferenças significantes entre as áreas de estudo. As respostas positivas dos hipertensos variaram de 52,0% na Região Sudoeste da Grande São Paulo, a 72,6% no Distrito do Butantã, para uma média de adesão de 62,2% ($p= 0,1591$). Entre os diabéticos houve 59,5% de respostas positivas em Campinas e 87,9% em Botucatu, para uma média de adesão de 66,2% ($p= 0,5971$).

Quanto ao sexo, a adesão ao seguimento de rotina teve maiores percentuais no sexo feminino: 67,8% das hipertensas e 74,6% das diabéticas em comparação ao masculino: 54,4% e 54,3% respectivamente. Entretanto tais diferenças não foram significantes ($p= 0,0630$ e $p= 0,1658$).

O gráfico 2 mostra que a adesão ao seguimento de rotina, segundo os domínios, variou de 48,3% no grupo etário masculino de 20 a 59 anos até 72,5% no grupo etário feminino de 60 anos e mais entre os hipertensos ($p= 0,0059$). Entre os diabéticos esta variação foi de 36,1% nos homens de 20 a 59 anos até 76,3% nos homens de 60 anos e mais ($p= 0,0250$).

A adesão ao seguimento de rotina dos hipertensos, segundo a escolaridade do chefe de família, foi de 67,7% no grupo de menor escolaridade (*nunca frequentou a escola ou por menos de 4 anos*) e de 74,2% no grupo de maior escolaridade (12 anos e mais), sendo de 57,2% e 56,8% nos grupos de escolaridade de 4 a 7 anos e 8 a 11 anos, respectivamente. Tais diferenças não foram estatisticamente significantes ($p= 0,1772$). Resultados semelhantes foram observados segundo a escolaridade do indivíduo ($p= 0,1703$).

A adesão ao seguimento de rotina dos diabéticos, segundo a escolaridade do chefe de família, foi de 74,6% no grupo de menor escolaridade e de 82,0% no de maior escolaridade, sendo de 58,2% e 63,4% nos grupos de escolaridade de 4 a 7 anos e 8 a 11 anos, respectivamente. Estas diferenças não foram estatisticamente significantes ($p= 0,5125$). Os valores encontrados, segundo a escolaridade do indivíduo, também não apresentaram diferenças significantes ($p= 0,7401$).

Estes resultados sugerem que não haveria um único fator, mas um conjunto de fatores determinados pelo estilo de vida, pela representação social destes problemas de saúde e pelas condições sócio culturais, na determinação das condutas adotadas seja no controle da doença, seja na adesão às visitas periódicas para o seguimento médico/serviço de saúde.

Gráfico 1 – Condutas referidas pelos hipertensos e diabéticos, maiores de 20 anos, para controle da doença. ISA-SP, 2002.

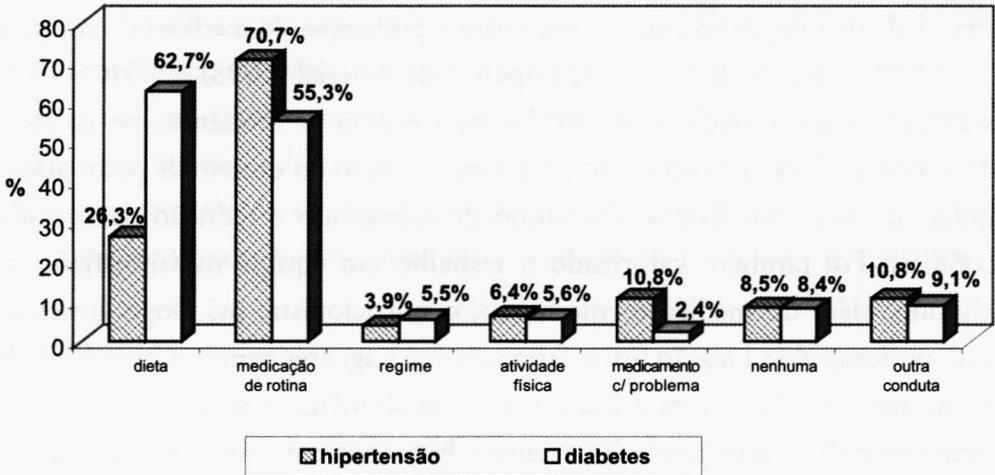
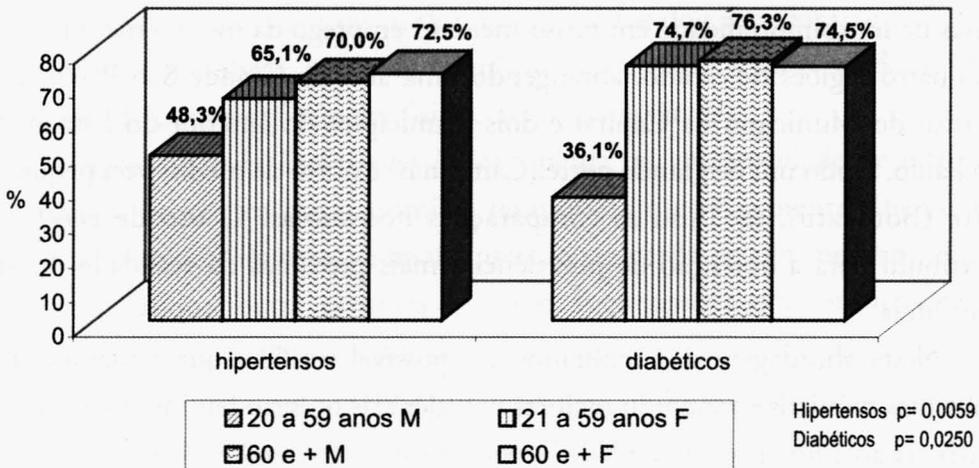


Gráfico 2 – Seguimento médico dos hipertensos e diabéticos, segundo idade e sexo. ISA-SP, 2002.



As dificuldades de adesão ao tratamento e ao controle de hipertensão e diabetes são temas abordados em vários estudos. Cavalcante et al (1995) verificaram dietas ricas em sal e gordura entre os hipertensos atendidos em um centro de saúde da zona Norte de Manaus-AM. A maioria dos doentes tinha baixa renda familiar e baixa instrução. Os autores concluíram que os fatores econômicos e socioculturais devem ser considerados quando da elaboração de programas de controle e redução da hipertensão arterial. O Ministério da Saúde (1993), ao reconhecer hipertensão e diabetes como problemas de saúde pública, ressaltou a necessidade de integração *ensino-serviço* para a promoção de medidas de controle.

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) e WHO (1999) ressaltaram a necessidade de estratégias para promover mudanças no estilo de vida, como a adoção de dieta com pouco sal, redução do excesso de peso, prática regular de exercícios físicos, abandono do tabagismo e redução das bebidas alcoólicas. Foi também valorizado o trabalho em equipe multiprofissional, incluindo, além do médico e enfermeiro, o nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Outros autores salientaram a importância da abordagem multiprofissional do hipertenso e do treinamento dos recursos humanos em saúde para o trabalho em equipe. (Jardim et al., 1996; Lima et al., 2004).

O estudo das doenças crônicas através de inquérito multicêntrico de base populacional permitiu o dimensionamento destes agravos que são importantes causas de morbimortalidade em nosso meio. O emprego da mesma metodologia nas quatro regiões de estudo, abrangendo uma área da Grande São Paulo, um Distrito do Município da Capital e dois Municípios do Interior do Estado de São Paulo, sendo um de grande porte (Campinas) e outro de médio para pequeno porte (Botucatu), facilitou as comparações necessárias. O uso de *check-list* contribuiu para a obtenção de prevalências mais próximas da realidade de sua ocorrência.

Nesta abordagem dos resultados, foi possível verificar que a maioria dos problemas crônicos apresentou maiores prevalências no sexo feminino e mostrou tendência ao aumento com a idade. Doenças *como hipertensão, doença da coluna*

costas, artrite/reumatismo/artrose, doença do coração, diabetes e osteoporose tiveram prevalências maiores quando o nível de escolaridade do chefe da família era mais baixo. Em relação à hipertensão e ao diabetes, o grau de adesão às medidas de controle e ao seguimento periódico por médico ou serviço de saúde são ainda bastante insatisfatórios nas quatro áreas estudadas, para ambos os sexos, em todas as idades e mesmo nos maiores níveis de escolaridade. Estes resultados preliminares já apontam para a necessidade de incremento de programas de controle com ações mais adequadas e de revisão de suas práticas pelos serviços de saúde. Os dados da literatura apontam para vários aspectos que devem ser considerados nas propostas que venham a implementar mudanças significativas, a médio e longo prazo, na representação dos agravos crônicos de saúde, nos hábitos alimentares e no estilo de vida. Os resultados do inquérito de base populacional reforçam a necessidade de mudanças nas políticas públicas que tenham como meta o efetivo controle e seguimento das doenças crônicas mais prevalentes.

Deficiências

Com relação às deficiências referidas, foram estudadas as deficiências físicas, as visuais e as auditivas, tanto agrupadas como desagregadas, especificando o tipo de deficiência. Assim, os entrevistados foram questionados sobre problemas específicos referentes à dificuldade de enxergar ou cegueira de um ou dos dois olhos, dificuldade de ouvir ou surdez de um ou dos dois ouvidos, paralisia total ou parcial de membros, perda de membros ou de parte deles e, ainda, sobre a existência de outras deficiências físicas, além das já citadas.

Foi considerada *Deficiência Física* a perda ou anormalidade de estrutura ou função, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico (WHO, 2001). Pode ser classificada em paralisia cerebral, hemiplegias, monoplegias, lesão medular, amputações, mal formações congênitas e artropatias (SACI, 2004).

A *Deficiência Visual*: refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual. Essa diminuição pode ser leve, moderada, severa, profunda e totalmente ausente (SACI, 2004).

A *Deficiência Auditiva* é considerada genericamente como a diferença entre a performance do indivíduo e a habilidade normal para a detecção sonora de padrões já estabelecidos. Classifica-se em deficiência auditiva condutiva, sensorio-neural, mista ou central. A deficiência auditiva pode ser congênita ou adquirida (SACI, 2004).

As *Outras deficiências* são as deficiências como lábio-leporino e má formações congênitas que não se enquadram nas definições acima e que também foram estudadas na presente pesquisa.

Segundo estimativas da ONU, 10% do total de uma população é portadora de deficiências, sejam físicas, visuais ou auditivas. Sendo 2% de deficientes físicos, a porcentagem de deficientes visuais seria de 0,5%; a de deficientes auditivos de 1,5%; deficientes múltiplos 1%; mentais 5% (SACI, 2004). Os dados referentes a este tipo de morbidade são escassos no Brasil. Poucos estudos foram conduzidos para verificação da prevalência de deficientes. A APAE de Araraquara realizou uma pesquisa em um total de 24.990 casas daquela cidade, cobrindo um total de 100.840 habitantes. Foi verificado que na amostra, apenas 1% tinha algum tipo de deficiência. Encontrou-se uma porcentagem de 0,28% portadores de deficiência física; 0,05% de portadores de deficiência visual e 0,08% de portadores de deficiência auditiva (SACI, 2004).

Deficiências segundo a área de estudo

O padrão de prevalência das deficiências estudadas foi semelhante nas quatro áreas da pesquisa, tanto analisadas de forma agregada, quanto desagregadas nas suas categorias específicas, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das prevalências (%) de deficiências, agregadas e por categorias, segundo a área de estudo. ISA-SP, 2002.

| Deficiências | Prevalência por área | | | |
|--|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1* | 2* | 3* | 4* |
| Deficiência auditiva | 3,14 | 4,67 | 5,27 | 4,80 |
| Dificuldade de ouvir | 3,07 | 3,84 | 3,96 | 3,21 |
| Surdez de um ouvido | 0,08 | 0,74 | 1,12 | 1,41 |
| Surdez dos dois ouvidos | 0,06 | 0,11 | 0,20 | 0,19 |
| Deficiência visual | 7,26 | 5,62 | 9,57 | 4,66 |
| Dificuldade de enxergar | 6,10 | 5,35 | 8,54 | 4,14 |
| Cegueira de um olho | 1,17 | 0,21 | 0,91 | 0,46 |
| Cegueira de dois olhos | 0,09 | 0,06 | 0,14 | 0,09 |
| Deficiência física | 1,36 | 0,67 | 1,64 | 0,98 |
| Perda de membro | 0,29 | 0,14 | 0,66 | 0,03 |
| Paralisia de membro | 1,11 | 0,53 | 0,97 | 0,95 |
| Outras deficiências⁺ | 0,52 | 0,75 | 1,12 | 0,01 |
| Deficiência visual+auditiva | 0,59 | 0,65 | 1,63 | 1,21 |
| Deficiência visual+física | 0,14 | 0,14 | 0,01 | 0,06 |
| Deficiência auditiva+física | 0,02 | 0,05 | 0,06 | 0,17 |

+ esse grupo trata das fissuras lábio-leporino; afasias e demais.

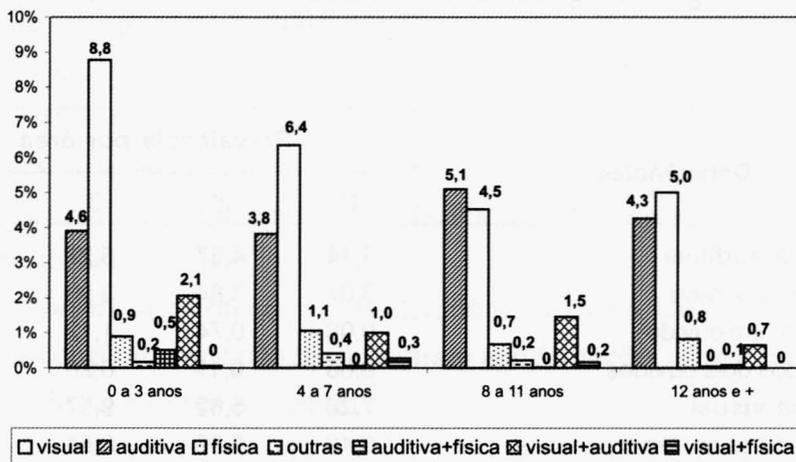
* as áreas mostradas na tabela têm a seguinte codificação.

1. Grande São Paulo; 2. Butantã; 3. Botucatu; 4. Campinas.

Deficiências segundo a escolaridade do chefe de família

Observa-se, no gráfico 3, que as prevalências das deficiências tenderam a diminuir à medida que aumentam os anos de escolaridade do chefe da família.

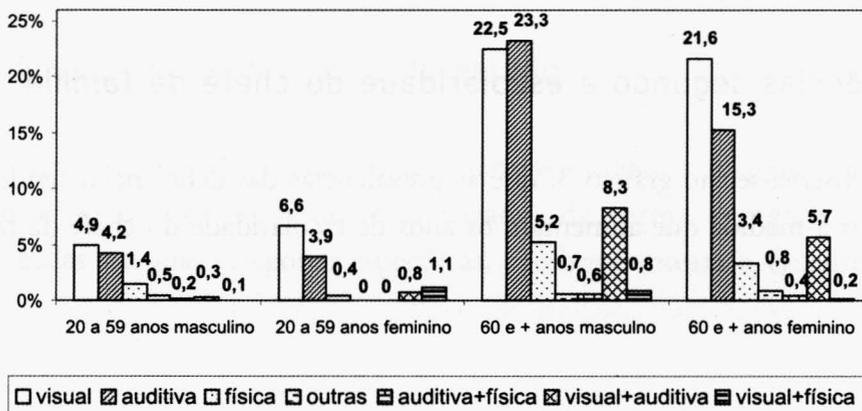
Gráfico 3 – Distribuição das prevalências (%) de deficiências segundo anos de escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



Deficiências segundo faixa etária e sexo

A análise por idade mostra maior prevalência de todas as deficiências nas idades mais avançadas (Gráfico 4), tanto para o sexo masculino como para o feminino. Com relação às deficiências auditiva e física, o sexo masculino tem maiores porcentagens em todas as faixas etárias, o que pode ter relação com o fator ocupacional (RISD, 2004; SACI, 2004).

Gráfico 4 – Distribuição das prevalências (%) de deficiências segundo sexo e faixa etária. ISA-SP, 2002.



REFERÊNCIAS

- Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Costa MFFL. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol* 2001; 77(6):576-81.
- Carvalho JJM, Silva NAS, Oliveira JM, Arguelles E, Silva JAF. Pressão arterial e grupos sociais: estudo epidemiológico. *Arq Bras Cardiol* 1983; 40:115-20.
- César CLG, Laurenti R, Buchala CM, Figueiredo GM, Carvalho WO de, Caratin CV de S. Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquéritos de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2001; 4(2):120-9.
- Cavalcante JWS, Daza CMG, Cavalcante LP, Pacheco WS, Menezes MGF, Melo R, Gama Filho CG. Prevalência e aspectos sócio-culturais e econômicos da hipertensão arterial em centro de saúde da Zona Norte de Manaus. *Arq Bras Cardiol* 1995; 65(6):493-6.
- Costa EA, Klein CH. Meio urbano e doenças cardiovasculares. *Cad Saúde Pública* 1985; 1:305-12.
- Jardim PCBV, Souza ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1996; 29:232-8.
- Keyes CL, Grzywacz JG. Complete health: prevalence and predictors among U.S. adults in 1995. *Am J Health Promot* 2002; 17(2):122-31.
- Klein CH, Araújo JWG de, Leal MC. Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda-RJ. *Cad Saúde Pública* 1985; 1:58-70.
- Klein CH, Silva NAS, Nogueira AR, Bloch KV, Campos LHS. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil. II. Prevalência. *Cad Saúde Pública* 1995; 11:389-94.
- Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *J Public Health Med* 2001; 23(3):179-86.
- Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV – Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(6):452-60.

Lessa I, organizador. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo:HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. p.77-96.

Lima MT, Bucher JSNE, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):1079-1087.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. *Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino/serviço*. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES; 1993.

Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil): metodologia e resultados preliminares. *Rev Saúde Pública* 1990; 24:277-85.

RISD - Rede de Informação Entre Amigos [on line]. Disponível em <http://www.entreamigos.com.br> [2004 maio 27].

Rouquayrol MZ, Veras FME, Vasconcelos JS, Bezerra RCF, Gomes ILP, Bezerra FAF. Fatores de risco na doença coronária. Inquérito epidemiológico em estratos habitacionais de um bairro de Fortaleza. *Arq Bras Cardiol* 1987; 49(6):339-47.

SACI - Solidariedade, Apoio, Comunicação e Informação [on line]. Disponível em:<http://www.saci.org.br> [2004 maio 27].

Silva MC, Fasso AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):377-85.

Sociedade Brasileira de Clínica Médica. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Clín Terap* 1998; 24(6).

Trevena LJ, Nutbeam D, Simpson JM. Asking the right questions of disadvantaged and homeless communities: the role of housing, patterns of illness and reporting behaviours in the measurement of health status. *Aust N Z J Public Health* 2001; 25(4):298-304.

[WHO] World Health Organization, International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension - 1999. *J Hypertens* 1999; 17:151-83.

[WHO] World Health Organization. CIF: *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra; 2001.

OBESIDADE

MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

A prevalência da obesidade tem crescido na maior parte dos países e se tornou um dos mais significativos problemas nutricionais da atualidade. Por implicar em aumento de risco para várias doenças crônicas, em especial para as cardiovasculares, inúmeras iniciativas vêm sendo desenvolvidas para buscar reverter a tendência de crescimento do sobrepeso. Ao sobrepeso e obesidade são atribuídas 9,3% das mortes ocorridas no Canadá, em 2000 (Katzmarzyk e Arden, 2004), e 9,1% dos gastos médicos dos EUA, em 1998 (Finkelstein et al., 2003).

A obesidade tem se tornado mais freqüente mesmo em regiões e grupos sociais de nações em desenvolvimento em que persistem contextos de fome e desnutrição. Embora o padrão epidemiológico da obesidade seja diverso, complexo e dinâmico, a tendência deste problema de saúde é de se concentrar nos segmentos sociais desfavorecidos (Caballero e Popkin, 2002). Estudos apontam, inclusive, a concomitância de casos de desnutrição e de obesidade nas mesmas moradias (Doak et al., 2000), confirmando a coexistência dos problemas nutricionais nos grupos em desvantagem social.

No projeto ISA-SP, com informação referida de peso e altura, foram gerados os índices de massa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). Inúmeros estudos têm utilizado informações referidas para computação do IMC (Martinez et al., 1999; Shoenborn et al., 2002; Huot et al., 2004).

Foram consideradas obesas as pessoas com $IMC \geq 30 \text{kg}/\text{m}^2$. A prevalência da obesidade foi analisada segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde.

Na amostra de 3.569 pessoas com 18 anos ou mais de idade foram observadas prevalências de obesidade de 12,2% em homens, e 13,6% em mulheres, não havendo diferença significativa entre os sexos. No Canadá, em 1996, foram registradas prevalências de 14% em homens e 12% em mulheres, na faixa de 20 a 64 anos (Tremblay et al., 2002). Considerando a população com 18 anos ou mais, Shoenborn et al. (2002) encontraram 19,5% de obesos na população americana, em 1997-98.

Martinez et al. (1999), avaliando a obesidade de pessoas com 15 anos ou mais em quinze países europeus, encontraram a prevalência mais elevada no Reino Unido (12%) e as mais baixas, em níveis próximos a 7%, na Itália, França e Suécia. Martorell (2002), em ampla revisão sobre a frequência da obesidade, verificou, em mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, prevalências em níveis de 20,7% nos EUA, 24,4% no México, próximas a 12% na Guatemala, Costa Rica e República Dominicana e de 9,7% no Brasil; observou valores baixos na África Subsaariana (com exceção de Namíbia), altos no Egito, e muito baixos no sul da Ásia.

No Brasil, Monteiro et al. (2000) relatam prevalências de obesidade de 12,2% nas mulheres e 4,4% nos homens da região Nordeste e 8,2% nos homens e 12,6% nas mulheres da região Sudeste, em 1997. Sichieri (2002) encontrou 12% de obesidade na cidade do Rio de Janeiro, em 1996.

As prevalências encontradas para as localidades incluídas no projeto ISA-SP não são tão elevadas quanto às observadas nos EUA, México e outros países, mas, encontram-se em patamar superior a vários países europeus e provavelmente em crescimento, considerando os estudos que apontam esta tendência para o país (Monteiro et al., 2000).

A literatura apresenta resultados discordantes quanto à prevalência da obesidade segundo gênero. Assim como observado no ISA-SP, Shoenborn et al. (2002) não encontraram diferenças de obesidade entre os sexos na população americana, em 1997-98, com prevalências de 19,3% nos homens e 19,7% nas mulheres; em alguns estudos, a prevalência revelou-se maior em homens (Tremblay et al., 2002) e, na maioria deles, a prevalência foi maior nas mulheres (Monteiro et al., 2002; Molarius, 2003).

A prevalência da obesidade apresentou-se crescente com a idade, declinando após os 70 anos (gráfico 1). Na faixa de 50 e 69 anos atinge 24,4% das mulheres e 17,1% dos homens. Diferença significativa ($p=0,014$) entre os sexos é observada apenas após os 70 anos, quando nos homens é encontrada a prevalência mais baixa (5,0%). O crescimento da prevalência da obesidade nos adultos, com o aumento da idade, tem sido relatado em vários estudos, e a maior prevalência em adultos de meia-idade também foi verificada por Shoenborn et al. (2002) na população dos EUA.

Gráfico 1 – Prevalência de obesidade segundo idade e sexo. ISA-SP, 2002.

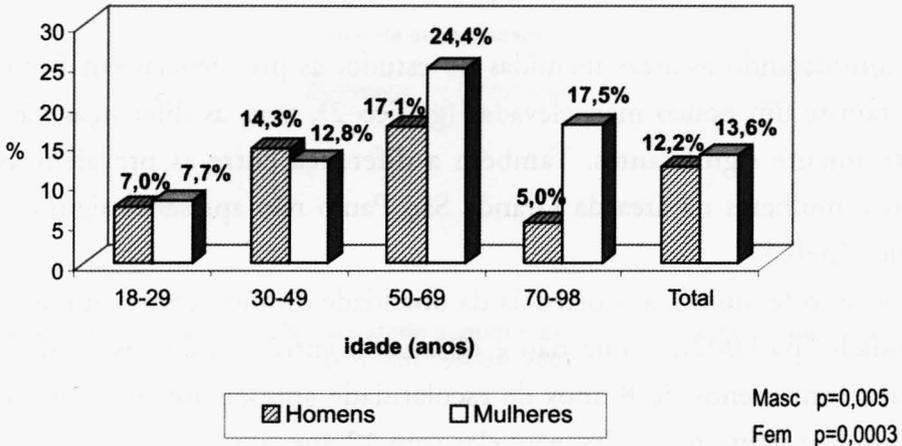
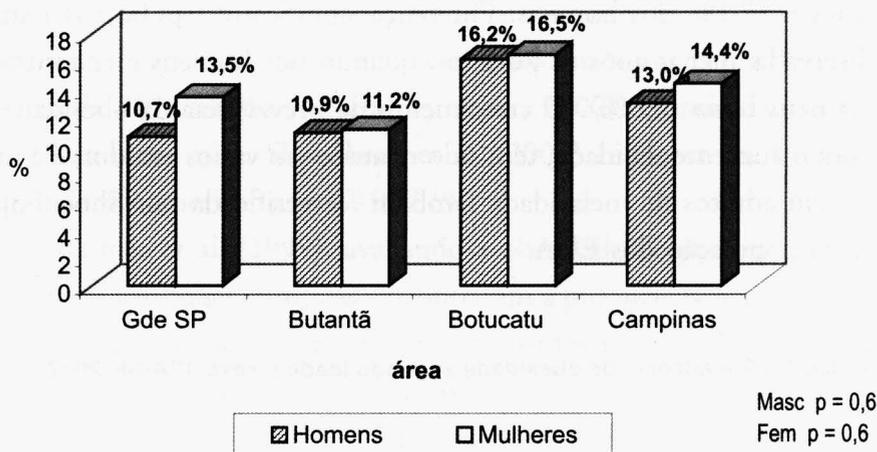


Gráfico 2 – Prevalência de obesidade segundo área da pesquisa e sexo. ISA-SP, 2002.



Considerando as áreas incluídas no estudo, as prevalências em Botucatu apresentam-se um pouco mais elevadas (gráfico 2), mas, as diferenças não são estatisticamente significantes. Também a diferença entre as prevalências de homens e mulheres na área da Grande São Paulo não apresenta significância estatística ($p=0,57$).

No sexo feminino, a ocorrência da obesidade diminui com o aumento da escolaridade ($p=0,002$), o que não é observado entre os homens (gráfico 3). Mulheres com menos de 8 anos de escolaridade apresentam prevalências de 20,5%, que se reduzem a 7,7% naquelas com 12 anos ou mais de escolaridade.

Curiosamente, situação inversa é verificada em relação à renda familiar per capita. Nos homens, o excesso de peso cresce com o aumento da renda, não havendo diferenças significativas entre as mulheres (gráfico 4).

Na maior parte dos países desenvolvidos a obesidade é verificada ser mais prevalente nos grupos de menor nível socioeconômico (Molarius, 2003; Shoenborn et al., 2002). Monteiro et al. (2002) observaram que, no Brasil, a obesidade cresceu entre os homens de todos os estratos sociais, entre 1975 e 1997, mas, nas mulheres do estrato socioeconômico mais elevado, residentes nas

regiões mais desenvolvidas do país, a prevalência da obesidade havia declinado entre 1989 e 1997; os autores ressaltam que declínio semelhante só havia sido observado anteriormente em populações escandinavas.

Gráfico 3 – Prevalência de obesidade segundo escolaridade (em anos) e sexo. ISA-SP, 2002.

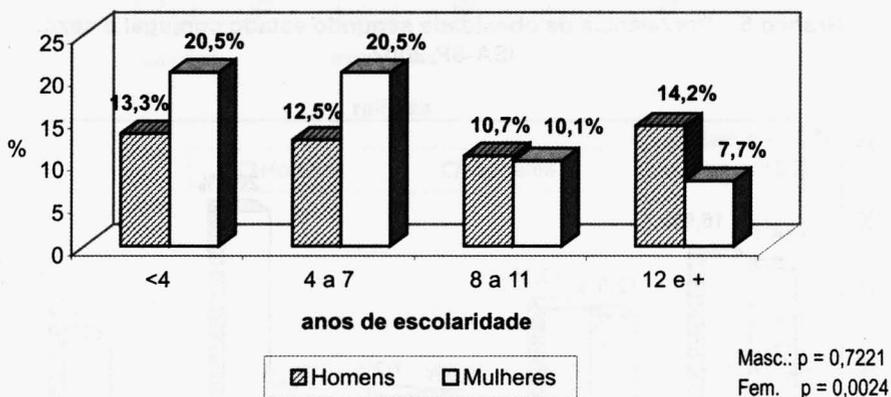
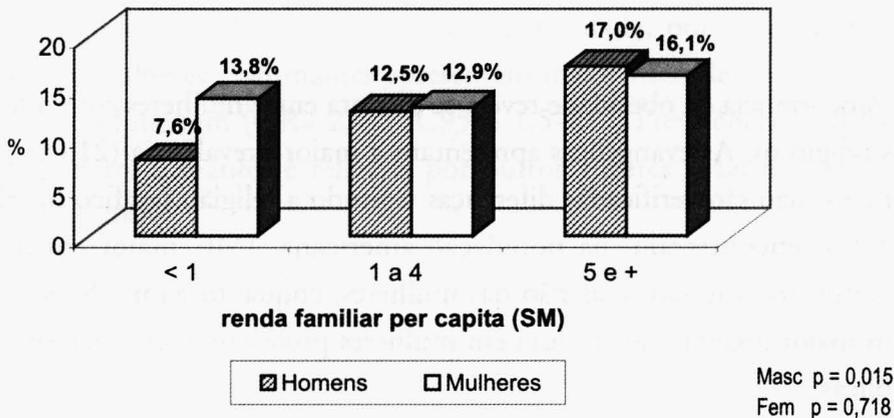
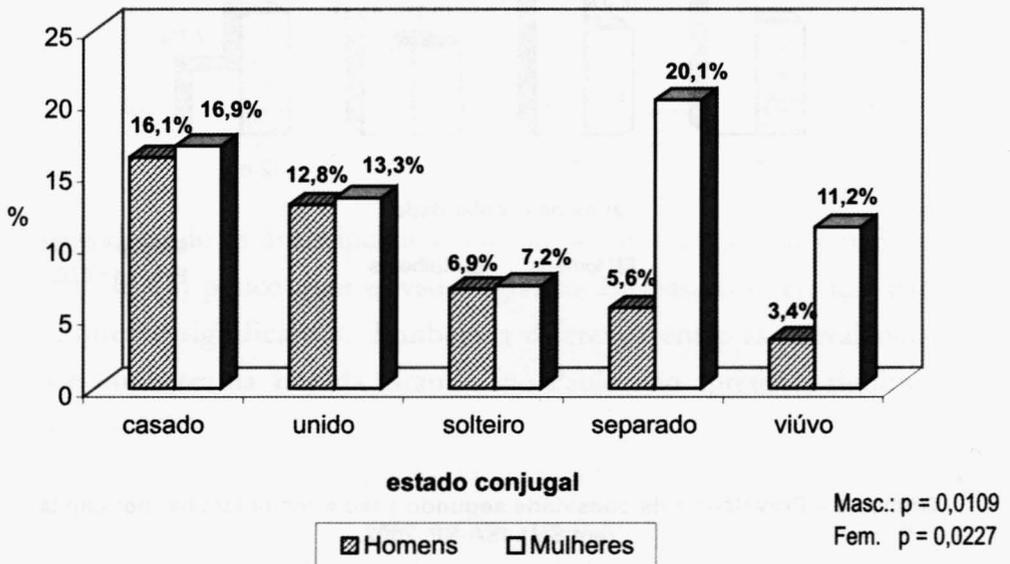


Gráfico 4 – Prevalência de obesidade segundo sexo e renda familiar per capita. (em SM). ISA-SP, 2002.



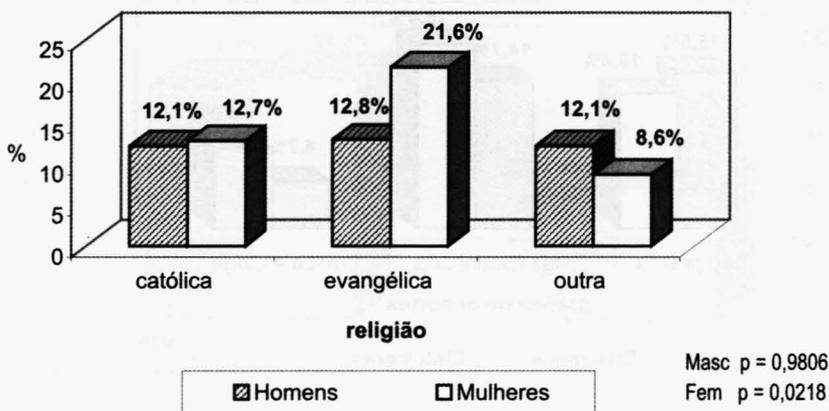
A prevalência da obesidade mostrou-se maior nos homens casados e nas mulheres separadas (gráfico 5). As maiores diferenças entre os sexos são observadas nos separados e nos viúvos. Entre as mulheres, as solteiras são as que apresentam a menor prevalência. Maior frequência relativa de obesidade nos homens casados e nas mulheres separadas foi observada também por Shoenborn et al. (2002). Martinez et al. (1999) verificaram menor presença de obesidade em solteiros.

Gráfico 5 – Prevalência de obesidade segundo estado conjugal e sexo. ISA-SP, 2002.



A ocorrência da obesidade revela-se distinta entre mulheres com diferentes credos religiosos. As evangélicas apresentam a maior prevalência (21,6%); entre os homens, não são verificadas diferenças segundo a religião (gráfico 6). Kim et al. (2003) encontraram, na população americana, IMC maior em homens protestantes tradicionais, mas não nas mulheres, enquanto Kim e Sobal (2004) relatam maior ingestão de gordura em mulheres protestantes comparativamente às católicas.

Gráfico 6 – Prevalência de obesidade segundo sexo e religião. ISA-SP, 2002.



Quanto a comportamentos relacionados à saúde, observa-se que a ocorrência de obesidade, em ambos os sexos, é menor nos que praticam esportes, sendo as diferenças estatisticamente significativas apenas nos homens (gráfico 7). Mulheres que fazem caminhadas são as que exibem a maior ocorrência de obesidade, sem que esta diferença, entretanto, apresente significância estatística. A falta de atividade física tem sido freqüentemente reportada como associada à obesidade (Molarius, 2003; Huot et al., 2004).

Com relação ao hábito de fumar, os ex-fumantes apresentam as maiores prevalências de obesidade sendo as diferenças significativas apenas entre as mulheres (gráfico 8). Mesmo após ajuste para idade, por meio de regressão logística, as mulheres ex-fumantes apresentam maior risco de obesidade de que as que nunca fumaram (OR= 2,42; IC95% 1,5-3,0). Prevalência mais baixa de obesidade entre fumantes é relatada por outros autores (Marins et al., 2001; Huot et al., 2004).

Gráfico 7 – Prevalência de obesidade segundo sexo e prática de esporte. ISA-SP, 2002.

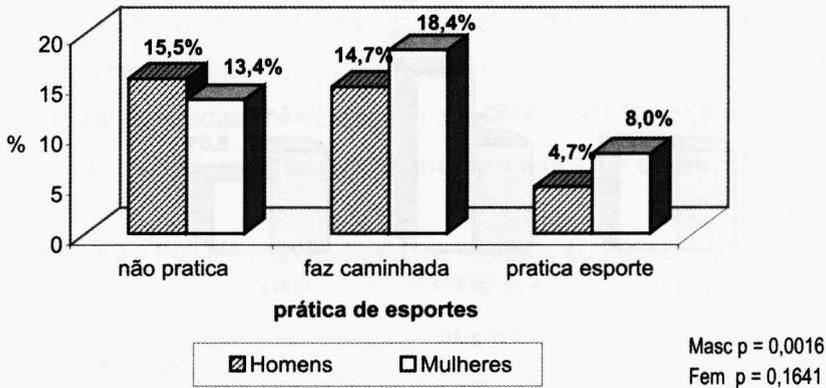
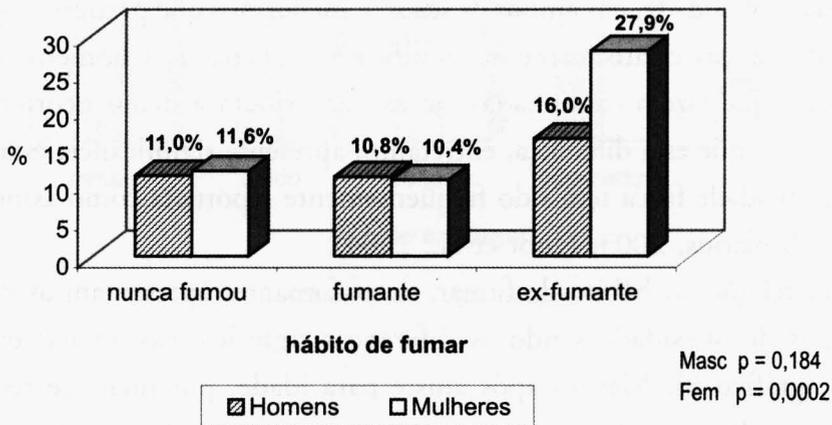
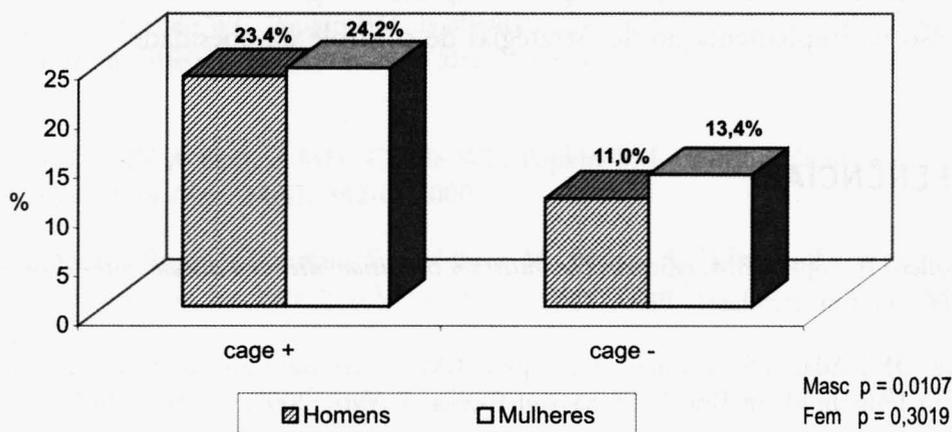


Gráfico 8 – Prevalência de obesidade segundo sexo e hábito de fumar. ISA-SP, 2002.



Avaliada a presença de dependência alcoólica com o uso do teste CAGE, verificou-se que a frequência relativa da obesidade é maior entre os homens com CAGE positivo em relação aos homens com CAGE negativo. (gráfico 9). Nas mulheres a diferença não é estatisticamente significativa. O aumento da obesidade entre pessoas que consomem bebidas alcoólicas com mais frequência, tem sido encontrado em outras pesquisas (Molarius, 2003).

Gráfico 9 – Prevalência de obesidade segundo sexo e resultado do teste CAGE. ISA-SP, 2002.



Inúmeros estudos têm sido realizados com IMC gerado com informações referidas de peso e altura. Embora as pesquisas detectem a tendência das pessoas referirem ter menor peso e maior altura que os verdadeiros (Niedhammer et al., 2000), produzindo valores subestimados de IMC, as informações referidas de peso e altura são consideradas suficientemente acuradas para uso em estudos epidemiológicos envolvendo comparações, não induzindo erro significativo nas medidas de associação (Willett, 1998). Alguns autores propõem, com base nas pesquisas já feitas, índices de correção para o IMC referido, mas, a maioria dos trabalhos publicados não faz nenhuma correção das estimativas.

Na população estudada pelo Projeto ISA-SP, o padrão de fatores associados à obesidade apresenta-se distinto conforme o sexo. Nos homens, a presença da obesidade cresce com o aumento da renda, é maior entre os casados, os CAGE positivos e entre os que não praticam esporte. Nas mulheres, a obesidade declina com o aumento da escolaridade, as evangélicas apresentam maior risco comparativamente às católicas, as ex-fumantes têm maior prevalência em relação às não fumantes e as separadas apresentam as prevalências mais altas. Na

literatura, a diversidade de padrões de fatores associados à obesidade segundo o gênero, tem sido também observada (Martinez et al., 1999; Huot et al., 2004). Considerar estas diferenças de padrão epidemiológico é fundamental para o sucesso na implementação de estratégias de controle da obesidade.

REFERÊNCIAS

- Caballero B, Popkin BM, editors. *The nutrition transition: diet and disease in the developing world*. London: Academic Press; 2002.
- Doak OM, Adair LS, Monteiro C, Popkin BM. Overweight and underweight coexist within households in Brasil, China and Rússia. *J Nutr* 2000; 130(12):2965-71.
- Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? *Health Affairs* 2003; Suppl W3:219-26.
- Huot I, Paradis G, Ledoux M. Factors associated with overweight and obesity in Quebec adults. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(6):766-74.
- Katzmarzyk PT, Arden CI. Overweight and obesity mortality trends in Canada, 1985-2000. *Can J Public Health* 2004; 95(1):16-20.
- Kim KH, Sobal J, Wethington E. Religion and body weight. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(4):469-77.
- Kim KH, Sobal J. Religion, social support, fat intake and physical activity. *Public Health Nutr* 2004; 7(6):773-81.
- Marins VMR, Almeida RMRV, Pereira RA, Barros MBA. Factors associated with overweight and central body fat in the city of Rio de Janeiro: results of a two-stage random sampling survey. *Public Health* 2001; 115:236-42.
- Martinez JA et al. Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutr* 1999; 2(1A):125-53.
- Martorell R. Obesity in the developing world. In: Caballero B, Popkin BM, editors. *The nutrition transition: diet and disease in the developing world*. San Diego: Academic Press; 2002. p.147-64.

Molarius A. The contribution of lifestyle to socioeconomic differences in obesity in men and women – a population-based study in Sweden. *Eur J Epidemiol* 2003; 18(3):227-34.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutr* 2002; 5(1A):105-12.

Monteiro CA, D' A Benício MH, Conde WL, Popkin BM. Shifting obesity trends in Brazil. *Eur J Clin Nutr*. 54(4): 342-6, 2000.

Niedhammer I, Bugel I, Bonefant S, Goldberg M, Leclerc A. Validity of self-reported weight and height in the French GAZEL cohort. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24 (9):1111-8.

Schoenborn CA, Adams PF, Barnes PM. Body weight status of adults: United States, 1997-98. *Adv Data* 2002; 6(330):1-15.

Sichieri R. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian city of Rio de Janeiro. *Obes Res* 2002; 10(1):42-8.

Tremblay MS, Katzmarzik PT, Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(4):538-43.

Willet W. Anthropometric measures and body composition. In: Willett W, editor. *Nutritional epidemiology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998. p. 245-7.

TRANSTORNO MENTAL COMUM

MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

Os transtornos mentais comuns atingem mais de 25% da população do mundo, afetando pessoas de todas as idades, de ambos os sexos e de diferentes grupos sociais (WHO, 2002). A prevalência é influenciada por fatores biológicos, sociais, econômicos e demográficos. Os eventos da vida, como morte de parente, perda de emprego, divórcio e episódios de violência, também contribuem para a ocorrência de morbidade psiquiátrica (Lima et al., 1996).

Entende-se por *Transtornos Mentais Comuns (TMC)* ou *Distúrbios psiquiátricos menores (minor psychiatric disorders)*, a presença de sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas. Em estudos de base populacional a prevalência varia entre 7% a 30% (Coutinho et al., 1999; Ludermir e Melo Filho, 2002).

Para o *screening* de distúrbios psiquiátricos menores em serviços de atenção primária, a OMS recomenda o emprego do *Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*. O SRQ-20 surgiu da comparação de 4 instrumentos de rastreamento de morbidade psiquiátrica: o *Patient Self-Report Symptom Form (PASSF)*, o *Post Graduate Institute Health Questionnaire (N2)*, o *General Health Questionnaire (GHQ)* e uma versão do *Present State Examination (PSE)*. De 32 questões que eram idênticas ou muito similares entre os instrumentos, 20 foram selecionadas para a construção do SRQ-20 que constitui um instrumento para avaliação de morbidades psiquiátricas não psicóticas, ou seja, para rastreamento dos transtornos mentais comuns ocorridos nos últimos 30 dias, que pode ser aplicado em regiões com culturas diferentes (WHO, 1994). Estudos conduzidos em vários países

verificaram que a sensibilidade do instrumento situa-se entre 62,9% a 90% e a especificidade entre 44% a 95% (Ludermir e Melo Filho, 2002). O instrumento foi validado para a população brasileira por Mari e Williams (1986).

Utilizando-se os resultados da aplicação do SRQ-20 no inquérito ISA-SP, apresentam-se prevalências de transtorno mental comum segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. A presença de 8 ou mais respostas positivas foi considerada, para ambos os sexos, indicativa de presença de TMC. Este ponto de corte também foi adotado em outros estudos (Volcan et al., 2003), embora sejam muito variáveis os pontos escolhidos pelos diferentes autores (WHO, 1994). O *cut-of-point* escolhido para a presente análise apresentou sensibilidade de 83% e especificidade de 80% no estudo de validação realizado por Mari e Williams (1986).

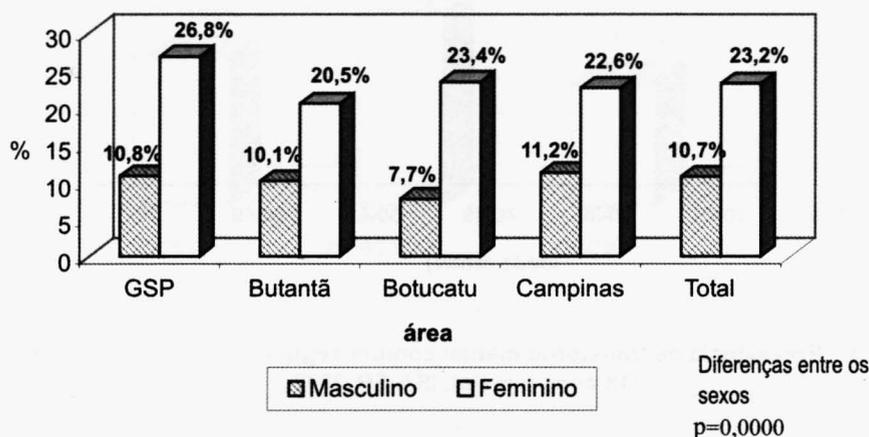
Na população de 3.890 pessoas com 18 anos ou mais, estudada no ISA-SP, foi verificada uma prevalência de TMC de 17,4%, que não diferiu de forma significativa entre as quatro áreas do estudo (Gráfico 1). Em Pelotas, na população urbana de maiores de 15 anos, foi verificada prevalência de 22,7% (Lima et al., 1996). Em trabalhadores de enfermagem de hospital público de Salvador foi encontrada prevalência de TMC de 33,3%, considerando o distúrbio presente nas pessoas com 7 ou mais respostas positivas ao SRQ-20 (Araújo et al., 2003). Ludermir e Melo Filho (2002) verificaram prevalência de TMC de 35% na população com 15 anos e mais em Olinda, PE, utilizando como ponto de corte 6 ou mais respostas positivas. O ponto de corte escolhido por estes autores resultou da análise do poder discriminatório do SRQ-20 feita por *Receiver Operating Characteristic Curves (ROC)*, utilizando entrevistas psiquiátricas como padrão-ouro. O mesmo ponto de corte foi utilizado para ambos os sexos.

Nas áreas estudadas pelo projeto ISA-SP a prevalência nas mulheres foi sempre maior que a dos homens. A literatura traz com frequência o achado de maior prevalência nas mulheres (Lima et al., 1996; Volcan et al., 2003), o que em parte poderia ser devido à sobrecarga decorrente dos vários papéis que desempenham. As mulheres continuam a arcar com responsabilidades domésticas e familiares, além da participação significativa no mercado de trabalho. Elas

também enfrentam discriminação sexual, excesso de trabalho e violência doméstica e sexual (WHO, 2002). Percepção diferenciada de sinais e sintomas de doenças entre os gêneros é relatada de longa data (Boltanski, 1979).

As diferenças entre homens e mulheres quanto à saúde mental têm sido observadas em estudos epidemiológicos realizados nos últimos 20 anos. Ansiedade, desordem depressiva e somatização aparecem como morbidades predominantes no gênero feminino, enquanto que, no masculino, são mais freqüentes as desordens de personalidade e a utilização de substâncias psicoativas (Kastrup, 1996; Coutinho et al., 1999; WHO, 2002).

Gráfico 1 – Prevalência de transtorno mental comum em pessoas com 18 anos ou mais segundo a área do estudo e sexo. ISA-SP, 2002.



Embora nos dados do projeto ISA-SP a prevalência apareça mais baixa entre os jovens e mais elevada entre os mais idosos, estas diferenças não mostram significância estatística (Gráfico 2).

As pessoas solteiras e as casadas apresentam prevalências menores que as unidas, separadas e viúvas, mas, apenas no gênero feminino, as diferenças são significativas (Gráfico 3). No estudo de Araújo et al. (2003), realizado com trabalhadoras de enfermagem, a variável *estado conjugal* persistiu no modelo final, sendo que as separadas e as viúvas apresentaram chance de ter TMC de

2,47 vezes em relação à chance observada nas solteiras. Estudos têm revelado a influência do estado conjugal na saúde mental. Earle Jr. et al. (1998) encontraram que mulheres casadas referem sintomas de depressão com menos frequência que as não casadas, mas que os benefícios do casamento na saúde mental são maiores para os homens de que para as mulheres. Verificaram ainda que a qualidade da união conjugal afeta mais fortemente mulheres que homens.

Gráfico 2 – Prevalência de transtorno mental comum em pessoas com 18 anos ou mais segundo idade. ISA-SP, 2002.

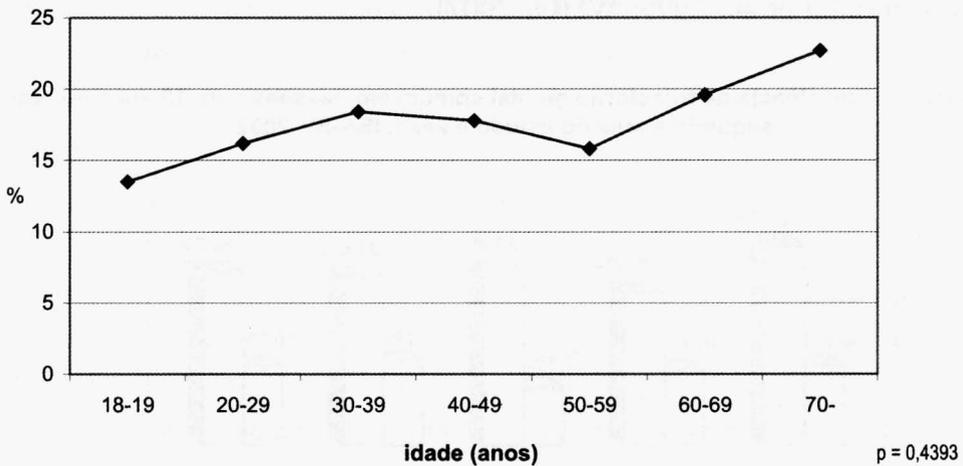
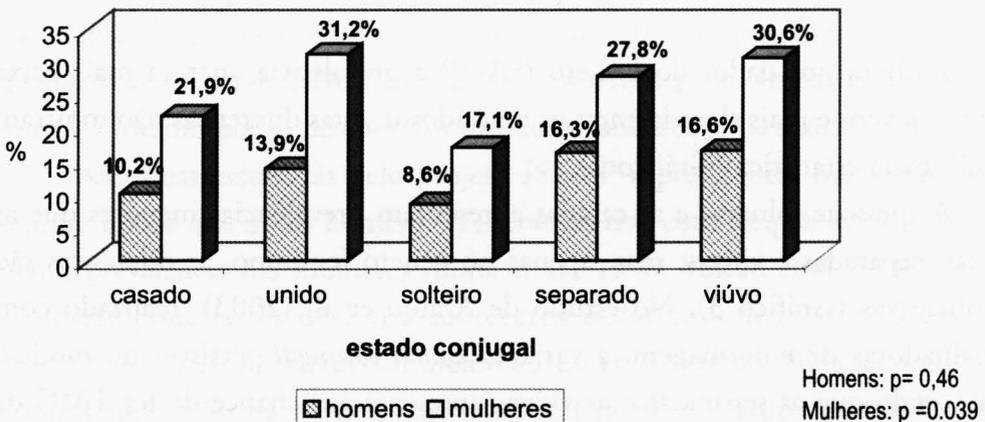
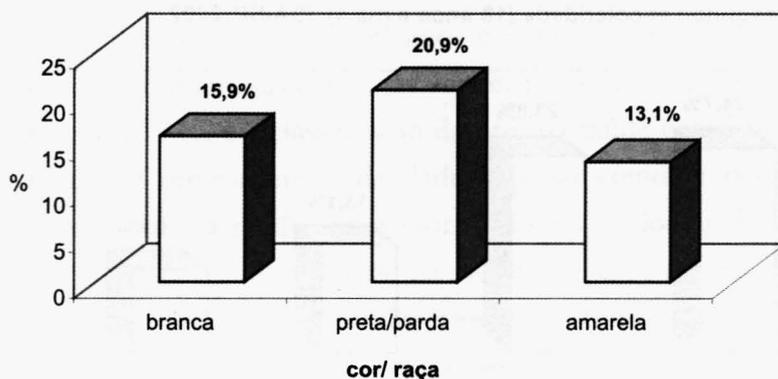


Gráfico 3 – Prevalência de transtorno mental comum segundo estado conjugal e sexo (18 anos e mais). ISA-SP, 2002.



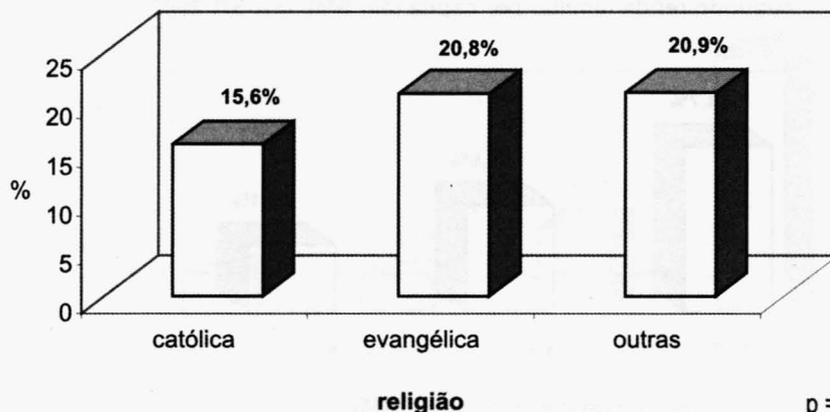
Considerando a variável cor/raça, pessoas negras apresentaram maior ocorrência de TMC que as brancas e as amarelas (Gráfico 4). Nos Estados Unidos, Bromberger et al. (2004) encontraram prevalências mais elevadas de sintomas depressivos em mulheres negras e nas hispânicas, relativamente às brancas, e prevalências menores nas chinesas e japonesas. Quanto ao credo, os católicos apresentaram menor prevalência que os evangélicos ou que pessoas com outra religião (Gráfico 5). Estudos têm apontado associação de “bem-estar espiritual” com menor prevalência de TMC (Volcan et al., 2003).

Gráfico 4 – Prevalência de transtorno mental comum (SQR20) segundo cor/raça (18 anos e mais). ISA-SP, 2002.



p = 0,0028

Gráfico 5 – Prevalência de transtorno mental comum segundo religião (18 anos e mais). ISA-SP, 2002.



p = 0,031

Na população do ISA-SP, a prevalência declina nos grupos de melhor nível socioeconômico como pode ser observado com o aumento da escolaridade (Gráfico 6) e da renda familiar per capita (Gráfico 7). É notável a prevalência elevada (41,8%) em segmento social com maior grau de privação, como verificado entre os moradores de barracos (Gráfico 8). Ludermir e Melo Filho (2002) também verificaram aumento de TMC com redução da renda, da escolaridade, da posse de bens duráveis e nas pessoas residindo em moradias precárias. Lima et al. (1996) verificaram maior prevalência nos grupos de menor renda e nos de menor escolaridade.

Gráfico 6 – Prevalência de transtorno mental comum (SRQ20) segundo escolaridade (18 anos e mais). ISA-SP, 2002.

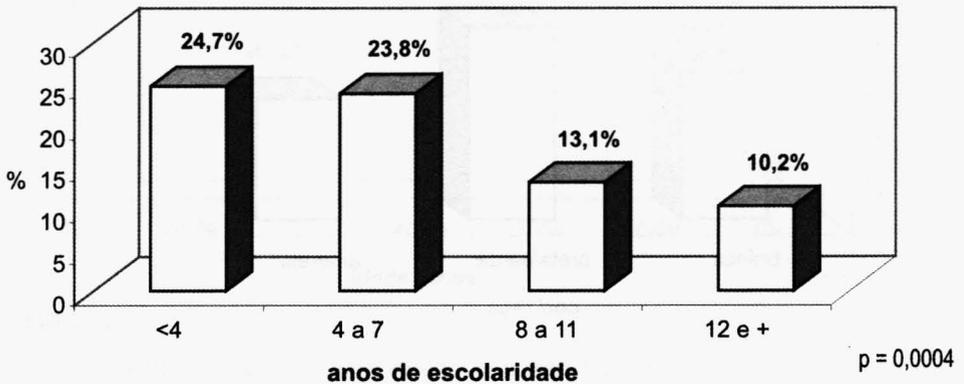


Gráfico 7 – Prevalência de transtorno mental comum em pessoas com 18 anos ou mais segundo renda familiar per capita (em SM). ISA-SP, 2002.

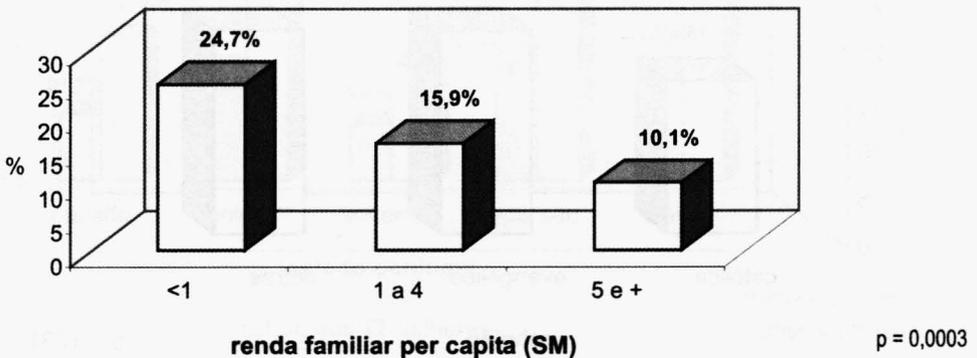
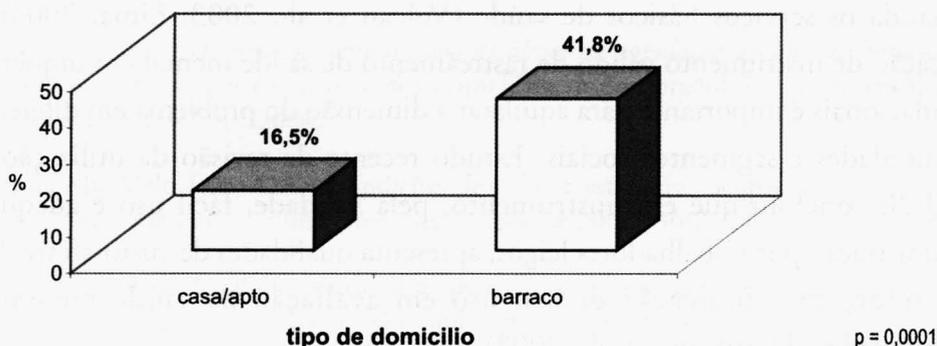
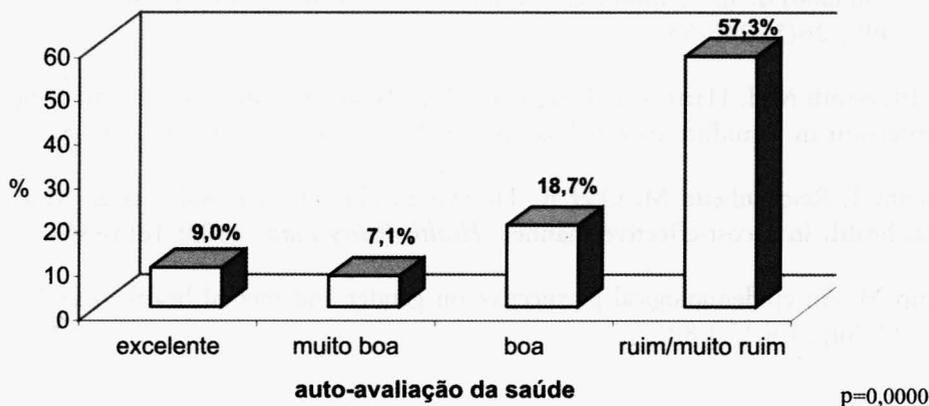


Gráfico 8 – Prevalência de transtorno mental comum em pessoas com 18 anos ou mais segundo tipo de domicílio. ISA-SP, 2002.



Entre as pessoas com 60 anos e mais, para as quais o ISA-SP aplicou perguntas sobre auto-avaliação da saúde, foi observada forte associação entre a presença de TMC e a classificação da própria saúde como ruim ou muito ruim (Gráfico 9). Com o aumento da idade, as pessoas tendem, com maior frequência, a avaliar a própria saúde como pior. Estes resultados do ISA-SP revelam forte associação entre a auto-avaliação da saúde e a saúde mental avaliada pelo SRQ-20, embora Ratner et al. (1998) tenham encontrado que a auto-avaliação da saúde mediria especialmente o estado de saúde física.

Gráfico 9 – Prevalência de transtorno mental comum em pessoas com 60 anos ou mais segundo auto-avaliação da saúde. ISA-SP, 2002.



Transtornos mentais correspondem a percentual importante da carga da doença da população e constituem componente significativo na morbidade que demanda os serviços básicos de saúde (Volcan et al., 2003; Lima, 2004). A aplicação de instrumento válido de rastreamento de saúde mental em inquéritos populacionais é importante para aquilatar a dimensão do problema em diferentes comunidades e segmentos sociais. Estudo recente de revisão da utilização do SRQ-20 concluiu que este instrumento, pela validade, fácil uso e adequada administração por trabalhadores leigos, apresenta qualidades de custo-efetividade que reforçam a indicação de seu uso em avaliação da saúde mental de comunidades (Harpham et al., 2003).

REFERÊNCIAS

- Araújo MA, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4):424-33.
- Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- Bromberger JT, Harlow S, Avis N, Kravitz HM, Cordal A. Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: the study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health* 2004; 94(8):378-85.
- Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín* 1999; 26(5):246-55.
- Earle JR, Smith MH, Harris CT, Longuino CF Jr. Women, marital status, and symptoms of depression in a midlife national sample. *J Women Aging* 1998; 10(1):41-57.
- Harpham T, Reichenheim M, Oser R, Thomas E, Hamid N, Jaswal S et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy Plan* 2003; 18(3):344-9.
- Kastrup M. An epidemiological perspective on gender and mental health. *Eur Psychiatr* 1996; 11 Suppl 4:179-80.

Lima MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatr Med* 1996; 26(2):211-22.

Lima MCP. *Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – um estudo de co-morbidade e utilização de serviços* [Tese de doutorado]. Botucatu: Faculdade de Medicina da UNESP; 2004.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(2):213-21.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.

Ratner PA, Johnson JL, Jeffery B. Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. *Am J Health Promot* 1998; 12(4):275-82.

Volcan SM, Sousa PL, Mari JJ, Horta BL. Relação ente bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4):440-5.

[WHO] World Health Organization. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva; 1994.

[WHO] World Health Organization. *The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope*. Geneva; 2002.

AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE

MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

A avaliação empírica da saúde incorpora, segundo Sadana et al. (2002), diferentes domínios que incluem: saúde “*testada*” (por meio de exames laboratoriais e funcionais), saúde *observada* (baseada em avaliação clínica feita por profissionais) e saúde *percebida* (baseada nos conhecimentos e crenças pessoais). Constituinte deste último domínio, a auto-avaliação da saúde é considerada um indicador válido da saúde do indivíduo e do estado de saúde de populações (Bellerose et al., 1994). A auto-percepção da saúde é altamente correlacionada com medidas objetivas de morbidade e mortalidade e constitui um preditor da mortalidade, independente de fatores médicos, comportamentais e psicosociais (Idler e Benyamini, 1997; Carlson, 1998). É, entretanto, uma medida que tem determinantes distintos dos observados para a mortalidade (Lynch et al., 2003). Estudos recentes, que analisam desigualdades sociais em saúde (Dachs, 2002; Muntaner et al., 2003) ou o impacto da concentração da renda em saúde (Kennedy et al., 1998; Subramanian e Kawachi, 2003), têm tomado este indicador como objeto de análise.

A percepção do estado de saúde é um indicador de obtenção simples durante a realização de inquéritos. Indica uma auto-classificação global para a qual a pessoa considera, além de possíveis doenças de que seja portadora, o impacto que geram no bem-estar físico, mental e social. Alguns estudos, entretanto, apontam que o componente físico seria o que influenciaria mais intensamente a auto-avaliação (Ratner et al., 1998).

No inquérito ISA-SP, foi aplicado nas pessoas com 60 anos ou mais de idade o *Medical Outcome Study (MOS) - 36 item (Short Form 36 - SF36)*, que já se encontra traduzido para o português e validado no Brasil (Ciconelli, 1997). A primeira questão deste instrumento é: “Em geral o senhor diria que sua saúde é: (alternativas): excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?”. Com base nas respostas obtidas, foram analisados os percentuais de entrevistados que avaliaram a própria saúde como *ruim* ou *muito ruim* segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e a presença de transtornos mentais comuns, avaliada com o uso do *Self Reporting Questionnaire- SRQ-20 (WHO, 1994)*.

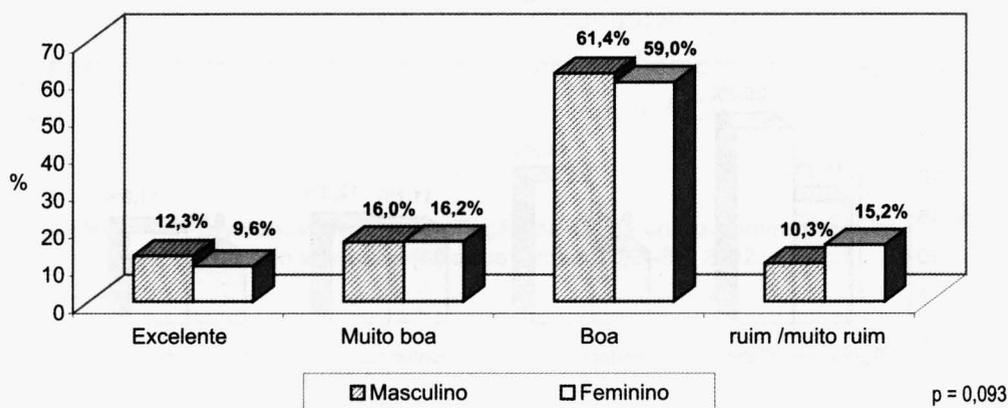
Esta questão tem estado frequentemente presente (com poucas diferenças de formulação) em inquéritos de abrangências nacionais ou locais, realizados em várias partes do mundo. Na *Pesquisa de Entrevistas em Saúde* realizada em Barcelona, em 2000, as alternativas para a questão foram: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim (Muntaner et al., 2003), que são as mesmas alternativas utilizadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 98 (Dachs, 2002). No *National Health Interview Survey*, de 1996, e nos *Current Population Surveys (CPS)* realizados nos EUA (Subramanian e Kawachi, 2003; Beltrão e Sugahara, 2002) e no *Health and Social Survey*, de 1992-93, de Quebec (Bellerose et al., 1994) as alternativas utilizadas foram: excelente, muito boa, boa, regular e pobre.

Na população investigada pelo projeto ISA-SP, 60% das pessoas com 60 anos ou mais classificaram a própria saúde como boa, 10,8% como excelente, 16,1% como muito boa e 13,1% como ruim ou muito ruim. Com base nos dados da PNAD de 1998, Dachs (2002) encontrou 17,8% das pessoas de 65 a 84 anos com a saúde considerada como ruim/muito ruim, assim como 27,4% daquelas com 85 anos e mais. Mas, na pesquisa da PNAD, apenas 47,4% das questões foram de fato respondidas pelas pessoas sorteadas. Para 52,6% delas a “*auto-avaliação*” foi feita por outro morador do domicílio ou por um vizinho. Os dados da PNAD mostram que a saúde auto-avaliada foi considerada ruim/muito ruim por 7% das pessoas com idade de 15 anos ou mais. O estado de saúde da população brasileira aferido pela auto-avaliação, com os dados da PNAD

98 revelou-se pior que o da população norte-americana (Beltrão e Sugahara, 2002).

No projeto ISA-SP, as mulheres tenderam a avaliar a saúde como ruim/muito ruim com mais frequência que os homens, embora as diferenças não apresentem significância estatística (gráfico 1).

Gráfico 1 – Auto-avaliação da saúde de pessoas com 60 anos ou mais segundo o gênero. ISA-SP, 2002.



A prevalência de saúde ruim/muito ruim diferiu significativamente entre as áreas de estudo, em ambos os sexos (gráfico 2), tendo a Região Sudoeste da Grande São Paulo apresentado os piores índices e Campinas, os melhores. Esta diferença persiste mesmo após ajuste para idade. Entre as áreas estudadas pelo ISA-SP, a região Sudoeste da Grande São Paulo constitui a que apresenta os piores indicadores de saúde e a menor disponibilidade de serviços de saúde.

A prevalência de *saúde ruim* aumentou significativamente com a idade especialmente entre os 80 e os 90 anos, atingindo 42,3% entre os mais idosos (gráfico 3). Pesquisa de Quebec, de 1992-93 revelou que 17,8% de toda a população com 15 anos ou mais considerava a própria saúde como excelente; 34,4% como muito boa; 37,2% como boa; 9,1% como regular e 1,6% como pobre. Os índices de insatisfação apresentaram-se crescentes com o aumento da

idade e mais elevados no sexo feminino (diferença com significância estatística apenas no grupo de 15 a 24 anos). Na faixa de 65 anos ou mais, 11% dos homens e 8,5% das mulheres avaliaram a própria saúde como excelente (Bellerose et al., 1994). A maior parte dos estudos têm encontrado estado de saúde percebido como pior entre as mulheres e nas pessoas de mais idade (Beltrão e Sugahara, 2002; Dachs, 2002; Muntaner et al. 2003).

Gráfico 2 – Percentual de pessoas com 60 anos ou mais que auto avaliaram a saúde como ruim/muito ruim, segundo gênero e área da pesquisa. ISA-SP, 2002.

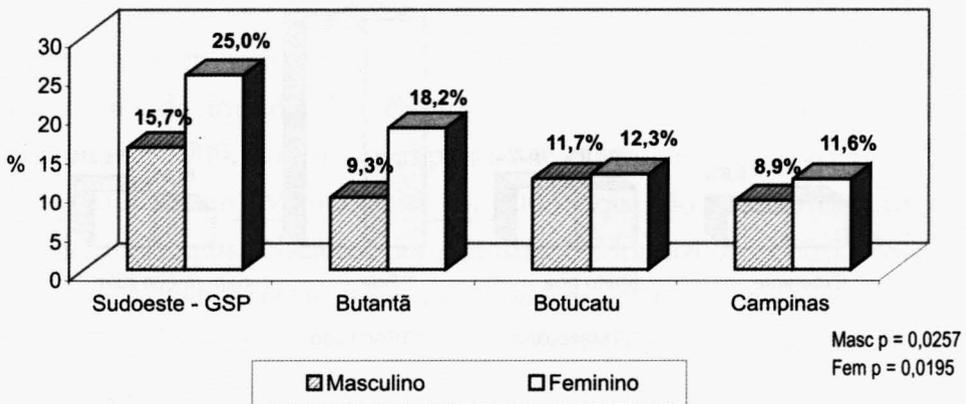
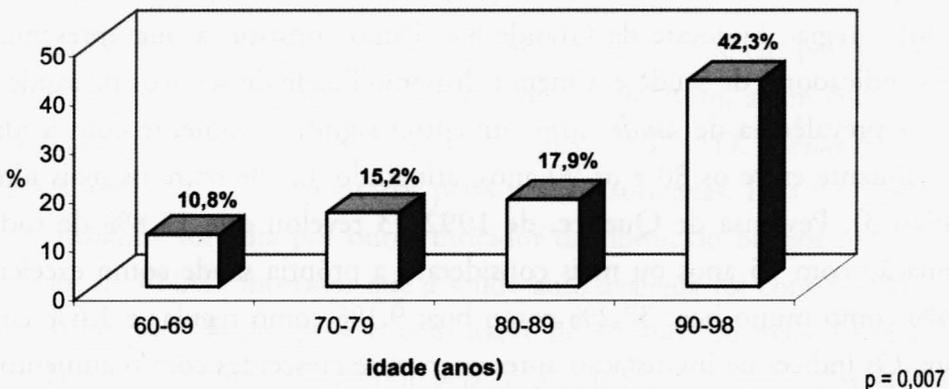
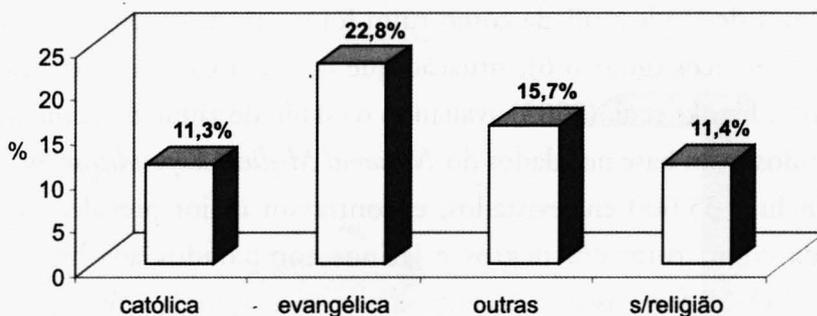


Gráfico 3 – Percentual de pessoas com 60 anos ou mais que auto avaliaram a saúde como ruim/muito ruim, segundo a idade. ISA-SP, 2002.



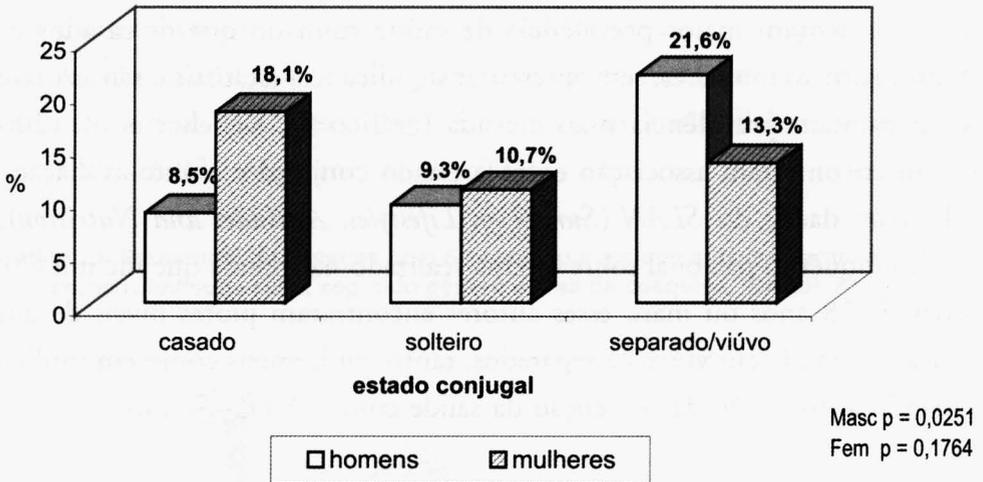
No ISA-SP a prevalência de *saúde ruim* foi significativamente maior entre os evangélicos (gráfico 4). Quanto ao estado conjugal, os homens separados e viúvos apresentam maior prevalência de saúde ruim do que os casados e os solteiros; entre as mulheres, sem apresentar significância estatística, são as casadas que apresentam prevalência mais elevada (gráfico 5). Kelleher et al. (2003) também encontraram associação entre o estado conjugal e a auto-avaliação de saúde; com dados do *SLAN (Survey on Lifestyles, Attitudes and Nutrition)*, o primeiro inquérito nacional sobre o tema realizado na Irlanda que incluiu 6.539 pessoas de 18 anos ou mais, esses autores encontraram piores níveis de auto-avaliação da saúde em viúvos e separados, tanto em homens como em mulheres (avaliando a dimensão da percepção da saúde com o *MOS-SF-20*).

Gráfico 4 – Prevalência de auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim, segundo a religião (60 anos e mais). ISA-SP, 2002.



$p=0,004$

Gráfico 5 – Prevalência de auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim, segundo estado conjugal e sexo (60 anos e mais). ISA-SP, 2002.



A prevalência de saúde avaliada como ruim foi maior nos pretos e pardos relativamente aos brancos (gráfico 6), situação que também tem sido verificada em outros estudos. Franks et al. (2003) avaliando o estado de saúde da população dos Estados Unidos, com base nos dados do *National Medical Expenditure Survey (NMES)* que incluiu 35.000 entrevistados, encontraram maior prevalência de saúde percebida como ruim em negros e latinos comparados aos brancos. Observou-se no ISA-SP forte associação entre a auto-avaliação da saúde e saúde mental avaliada pela presença de *transtornos mentais comuns* (gráfico 7), embora Ratner et al. (1998) tenham encontrado que a auto-avaliação da saúde mediria especialmente o estado de saúde física.

Gráfico 6 – Prevalência de auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim, segundo cor e gênero (60 anos e mais). ISA-SP, 2002.

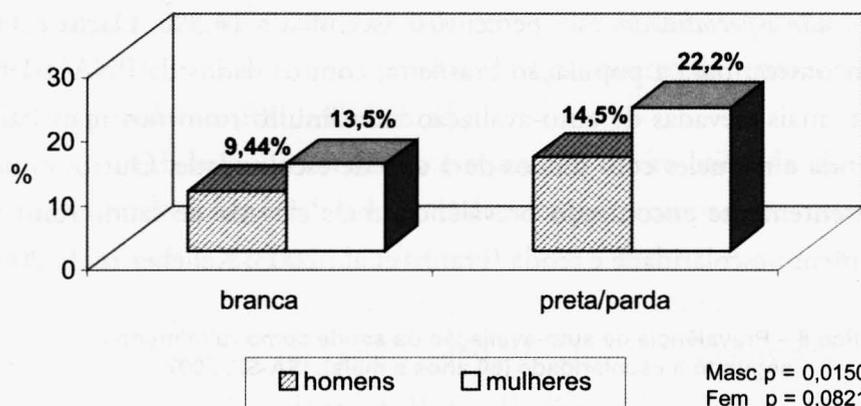
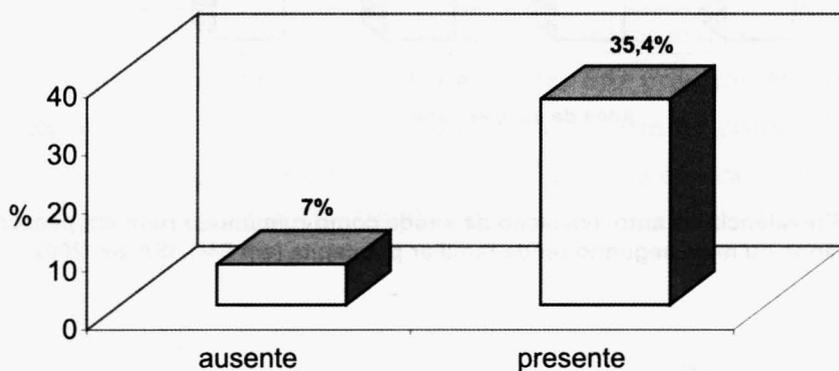


Gráfico 7 – Prevalência de auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim, em pessoas com 60 anos e mais segundo a presença de transtorno mental comum. ISA-SP, 2002.

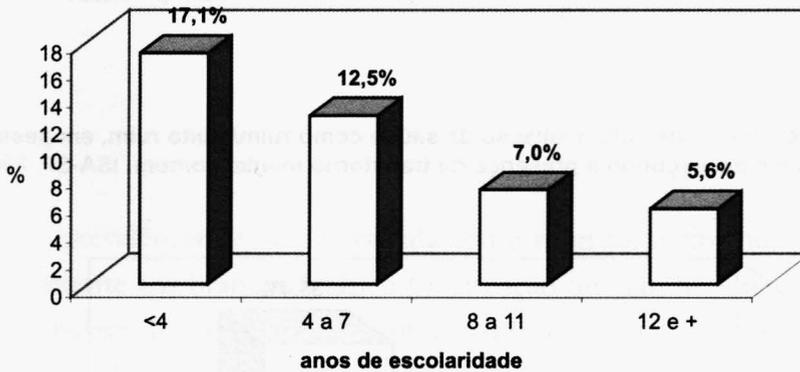


p=0,0000

O percentual dos idosos que auto-avaliaram a saúde como ruim/muito ruim aumentou significativamente com o declínio da escolaridade (gráfico 8) e da renda (gráfico 9). Muntaner et al. (2003) encontraram forte associação da auto-avaliação com a escolaridade, estrato social, e com classe social utilizando

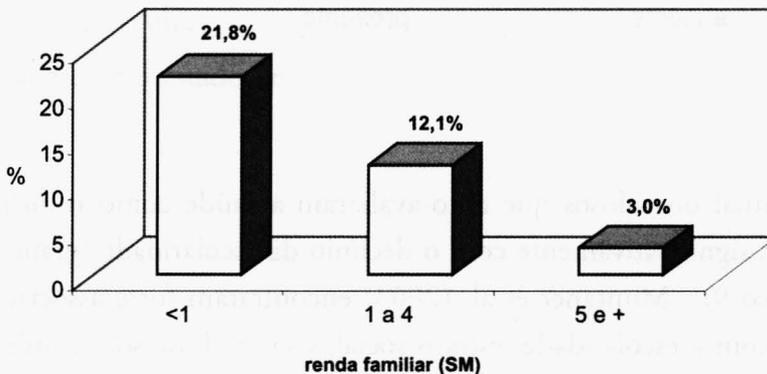
abordagem de classes proposta por Eric O. Wright. Entre os componentes da fração de classe *capitalista*, 4,4% avaliaram a saúde como ruim, enquanto entre os *operários não especializados* esse percentual ascendeu a 14,3%. Dachs (2002) também encontrou para a população brasileira, com os dados da PNAD 1998, prevalências mais elevadas de auto-avaliação ruim/muito ruim nos mais baixos decis de renda e naqueles com menos de 1 ano de escolaridade. Outros estudos têm consistentemente encontrado prevalência mais elevada de saúde ruim nos grupos de menor escolaridade e renda (Franks et al., 2003; Kelleher et al., 2003).

Gráfico 8 – Prevalência de auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim, segundo a escolaridade (60 anos e mais). ISA-SP, 2002.



$p = 0,0000$

Gráfico 9 – Prevalência de auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim em pessoas com 60 anos ou mais segundo renda familiar per capita (em SM). ISA-SP, 2002.



$p = 0,0000$

O estado referido de saúde tem sido intensamente estudado em muitos países, mas no Brasil são ainda poucas as pesquisas publicadas (Dachs, 2002). No Canadá, a auto-avaliação da saúde vem sendo utilizada como um indicador da dimensão de bem-estar que constitui uma das quatro dimensões do estado de saúde da população (PRO-ADESS sd.)

Embora a auto-avaliação esteja sendo muito utilizada, alguns autores têm questionado sobre a validade do indicador para comparações internacionais, devido à influência de fatores culturais e sociais. Sadana et al. (2002) referem estudo realizado em 12 países europeus em que o percentual de pessoas com 16 anos ou mais, que referiram a saúde como excelente, variou entre 8% em Portugal a 53% na Dinamarca. Estes autores, revendo os dados de 64 inquéritos domiciliares realizados com amostras nacionais de população não institucionalizada, realizados em 46 países, verificaram a dificuldade da comparação transnacional. Ordenando os países pelo nível médio de saúde referida, verificaram que países mais pobres e subdesenvolvidos apresentavam melhores posições em relação a este indicador. Apesar destas observações e de limitações apontadas por alguns autores, a auto-avaliação da saúde é amplamente considerada um indicador válido de saúde, um preditor independente da mortalidade e um bom marcador das diferenças entre subgrupos da população, sendo ainda utilizado como monitor de resultados na clínica e em programas de Saúde Pública (Franks et al., 2003).

REFERÊNCIAS

Bellerose C, Lavallée C.; Camirand J. Health and social survey, 1992-93. Highlights: Ministère de la Santé et des Services Sociaux- Gouvernement du Québec; 1994.

Beltrão KI, Sugahara S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):841-67.

Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. *Soc Sci Med* 1998; 46(10):1355-66.

Ciconelli RM. *Tradução para o Português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcome Studies, 36 – Item, Short Form Health Survey (SF-36)".* [Tese de doutorado]. São Paulo: UNIFESP; 1997.

Dachs NW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):641-57.

Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003; 56(12):2505-14.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.

Kelleher CC, Friel S, Nic Gabhainn S, Tay JB. Socio-demographic predictors of self rated health in the Republic of Ireland: findings from the National Survey on Lifestyle, Attitudes and Nutrition, SLAN. *Soc Sci Med* 2003; 57(3):477-86.

Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status and self-rated health: a US multi-level analysis. *BMJ* 1998; 317:917-21.

Lynch J, Harper S, Smith GD. Commentary: plugging leaks and repelling boarders – where to next for the SS income inequality? *Int J Epidemiol* 2003; 32 (6):1029-36.

Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Ferandes E. The association of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population, *Int J Epidemiol* 2003; 32(6):950-8.

PRO-ADESS - Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro [on line]. Rio de Janeiro: Abrasco/ CICT-Fiocruz/ ENSP-Fiocruz/ Unicamp/ FM-USP/ FMRP-USP; s.d. Disponível em: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/> [2004 nov 10]

Ratner PA, Johnson JL, Jeffery B. Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. *Am J Health Promot* 1998; 12(4):275-82.

Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murrey CJL et al. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: WHO; 2002. p. 369-86.

Subramanian SV, Kawachi I. The association between state income inequality and worse health is not confounded by race. *Int J Epidemiol* 2003; 32(6):1022-8.

[WHO] World Health Organization. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva; 1994.

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CHESTER LUIZ GALVÃO CESAR
MOISÉS GONCALVES

Introdução

V

Utilização de Serviços de Saúde

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CHESTER LUIZ GALVÃO CESAR

MOISÉS GOLDBAUM

Introdução

Os estudos de utilização de serviços de saúde descrevem frequências e tendências no uso dos serviços, possibilitam o estudo do acesso aos serviços, assim como da equidade do sistema e fornecem informações fundamentais para a avaliação dos serviços existentes. São, portanto, importantes para o planejamento e administração dos serviços de saúde (Cesar e Tanaka, 1996; Mendoza-Sassi e Béria, 2001).

A utilização, em parte determinada pelos próprios serviços, resulta da relação entre a demanda, a necessidade e a oferta de serviços (Dever, 1988; Pereira, 1995; Novaes, 2002) e, tal como a situação de saúde e a percepção da doença, sofre influência de fatores sociais, econômicos, culturais e organizacionais (Castellanos, 1997; Travassos et al., 2000; Mendoza-Sassi e Béria, 2001).

A equidade no uso dos serviços de saúde tem despertado interesse crescente. As desigualdades presentes na sociedade existem também nos serviços de que a sociedade dispõe, pois são produzidas na estrutura social (Pereira, 1995; Barata et al., 1997). As condições de vida são específicas de cada classe ou fração de classe social, seja em função dos rendimentos ou influenciadas por políticas públicas que assegurem acesso aos bens de consumo coletivo, entre eles, a escolaridade e os serviços de saúde (Victora et al., 1990; Paim, 1997).

Os autores agradecem as sugestões e colaboração de:

- Grécia Soares Conceição da Motta Galvanese, médica graduada pela Faculdade de Medicina da USP. Aluna de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Wladithe Organ de Carvalho, enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Maringá. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Em revisão sistemática de estudos de utilização de serviços de saúde, concluiu-se que os fatores socioeconômicos determinam a utilização dos serviços de saúde, principalmente através das categorias necessidade em saúde e características dos serviços de saúde. Os grupos mais pobres que têm maior carga de doença, tendem a utilizar menos os serviços de saúde se a acessibilidade do sistema não for favorável (Mendoza-Sassi e Béria, 2001).

O Inquérito de Saúde, ISA-SP, permitiu a descrição e análise da utilização de serviços de saúde, por meio de diversas questões formuladas no questionário, e que indicavam as diferentes situações nas quais poderia estar presente a procura por ajuda ou por cuidados profissionais. Estas situações foram: o problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista; a internação em um período de 12 meses; a visita periódica a serviços de saúde, nos casos em que foram referidas algumas doenças crônicas ou deficiência física; a consulta odontológica nos 12 meses anteriores à entrevista; a utilização de serviço materno-infantil para pré-natal, parto e puericultura, quando o entrevistado era uma criança menor de um ano e a procura de serviço de saúde, no período de 15 dias, na ausência de um problema específico, como por exemplo, para realizar exames preventivos, pré-natal, puericultura ou vacinação. Quando foi relatada a utilização de algum serviço de saúde foram investigadas as características do serviço e do profissional procurado, bem como questões referentes ao acesso ao serviço e aos gastos com o atendimento.

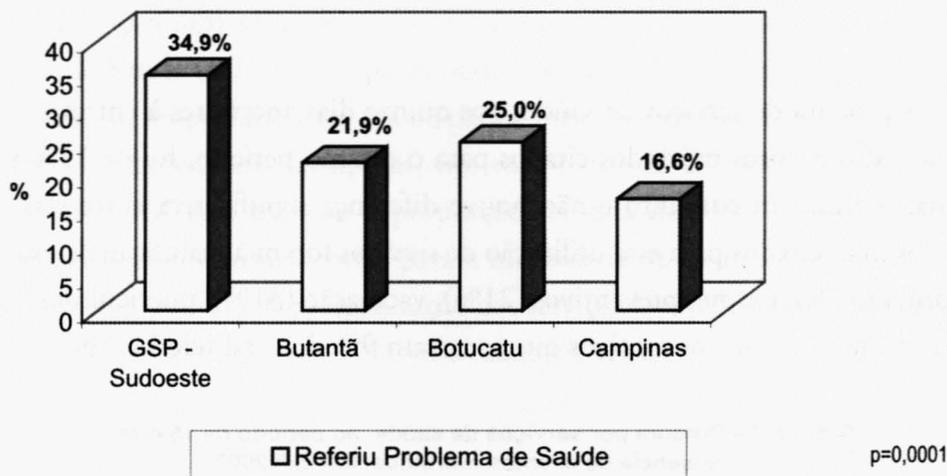
Os inquéritos domiciliares, de base populacional, permitem um conhecimento abrangente sobre o acesso e utilização de serviços de saúde em sistemas complexos como o brasileiro, em que diversas fontes de pagamento utilizam várias instituições públicas e privadas na prestação de serviços. As informações coletadas permitem a descrição do padrão de uso dos serviços, segundo diferentes características dos usuários e dos próprios serviços, incluindo os diferenciais por áreas geográficas e por condições de vida.

A seguir estão descritas algumas características da utilização de serviços de saúde, segundo as áreas de estudo da pesquisa e as condições de vida dos entrevistados, expressa pelo grau de escolaridade do Chefe de Família.

A utilização de serviços de saúde nas quatro áreas estudadas

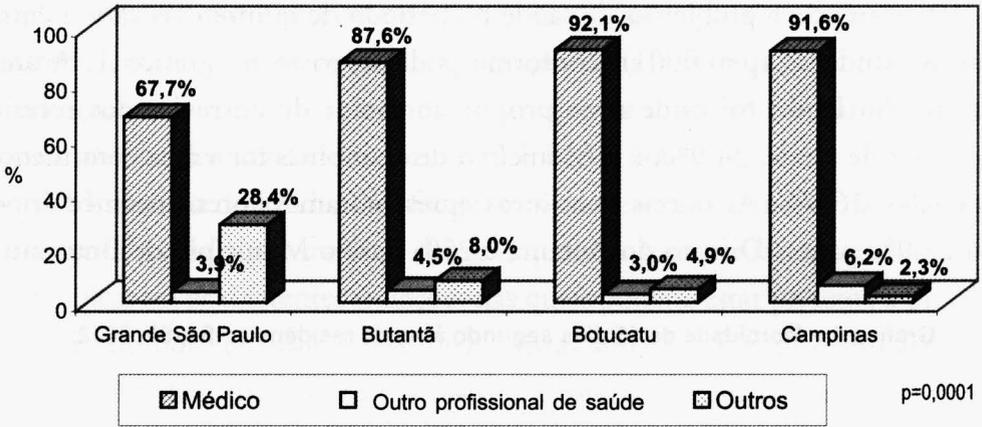
A referência a problemas de saúde no período de quinze dias variou entre as áreas estudadas ($p < 0,0001$), conforme pode ser visto no gráfico 1. A área Grande São Paulo foi onde uma proporção maior de entrevistados referiu problemas de saúde, 34,9%, e o Município de Campinas foi a área com menor proporção, 16,6%. As outras duas áreas apresentaram valores intermediários, com 21,9% para o Distrito do Butantã e 25% para o Município de Botucatu.

Gráfico 1 – Morbidade de 15 dias segundo área de residência. ISA-SP, 2002.



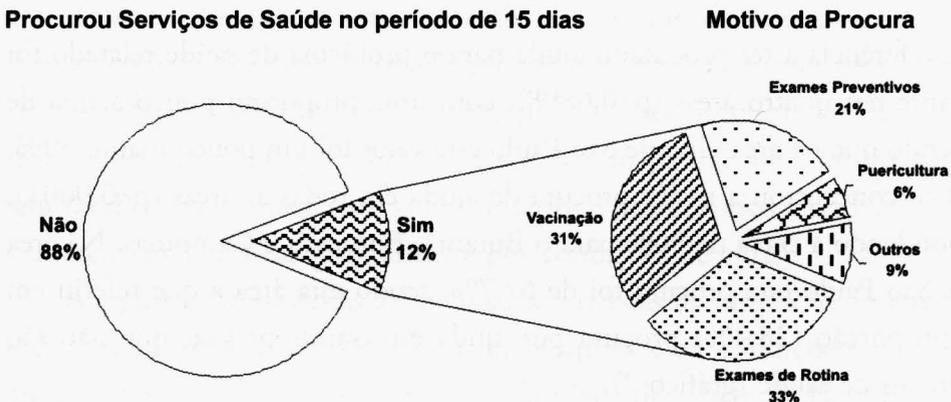
A referência a ter procurado ajuda para o problema de saúde relatado foi semelhante nas quatro áreas ($p=0,6898$), com uma proporção pouco acima de 50%, sendo que na área Grande São Paulo este valor foi um pouco maior, 59%. O médico concentrou a maior procura de ajuda em todas as áreas ($p < 0,0001$), correspondendo a cerca de 90% para o Butantã, Botucatu e Campinas. Na área Grande São Paulo esta procura foi de 67,7%, sendo esta área a que referiu em maior proporção (28,4%) procura por ajuda em outras pessoas que não são profissionais de saúde (gráfico 2).

Gráfico 2 – Procura de ajuda, pelos entrevistados que referiram morbidade de 15 dias, segundo área de residência. ISA-SP, 2002.



A procura de serviços de saúde, nos quinze dias anteriores à entrevista, na ausência dos eventos mórbidos citados para o mesmo período, foi de 12% para as quatro áreas em conjunto e não houve diferença significativa entre elas. Os motivos mais citados para esta utilização de serviços foram a realização de exames de rotina (33%), exames preventivos (21%), vacinação (31%), puericultura (6%) e um conjunto de outros motivos que somaram 9% do total referido (gráfico 3).

Gráfico 3 – Procura por serviços de saúde, no período de 15 dias, na ausência de eventos mórbidos. ISA-SP, 2002.



Cerca de 8% dos entrevistados referiram internação e 50,8% atendimento odontológico num período de 12 meses. Entre as mães de menores de um ano, 98,7% fizeram consultas de pré-natal; 98,8% dos partos ocorreram em hospitais; aproximadamente 66% buscaram atendimento ao recém-nascido em serviços de saúde. Cerca de 95% das crianças menores de 5 anos estavam com a vacinação atualizada e 67% dos idosos receberam a vacinação contra a gripe. A variação entre as áreas foi pequena, merecendo destaque o uso de serviços odontológicos que variou de 44,3% na área Grande São Paulo para, respectivamente, 49,7%, 50,7% e 55,2% no Butantã, Botucatu e Campinas.

Com relação aos tipos de serviços utilizados para os problemas de saúde de quinze dias e para a realização de pré-natal e puericultura, houve uma diferença acentuada ($p < 0,05$) entre as áreas estudadas (tabela 1). Embora as Unidades Básicas de Saúde tenham sido os serviços mais procurados, para os três motivos citados, a sua importância foi maior para a área Grande São Paulo do que para as demais e houve, em Campinas, um maior uso de consultórios do que nas outras áreas. Merece menção a proporção referida de 51% de uso de serviço hospitalar ou de pronto-socorro, para a morbidade de quinze dias, no Butantã, refletindo um período de reorganização dos serviços locais de saúde e uma grande utilização do Hospital Universitário, situado na região.

Tabela 1 – Tipos de serviços de saúde utilizados, segundo motivo do uso e área de residência. ISA-SP, 2002.

| Motivos e área de residência | Tipo de serviço utilizado | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|--------|
| | UBS | Consultório | Hospital/PS | Outros |
| * Problemas - 15 dias | | | | |
| $p = 0,0126$ | | | | |
| Grande São Paulo | 44,6 | 11,2 | 38,9 | 5,4 |
| Butantã | 23,5 | 21,9 | 51,0 | 3,7 |
| Botucatu | 33,4 | 24,3 | 38,4 | 2,9 |
| Campinas | 38,0 | 27,8 | 25,0 | 9,3 |
| * Pré-natal | | | | |
| $p = 0,0008$ | | | | |
| Grande São Paulo | 70,7 | 15,2 | 10,7 | 0,4 |
| Butantã | 56,8 | 29,1 | 13,1 | 1,0 |
| Botucatu | 50,7 | 27,8 | 18,1 | 3,4 |
| Campinas | 40,0 | 41,6 | 13,9 | 4,4 |
| * Puericultura | | | | |
| $p = 0,0039$ | | | | |
| Grande São Paulo | 72,9 | 13,8 | 10,4 | 2,9 |
| Butantã | 52,3 | 26,7 | 19,9 | 1,0 |
| Botucatu | 50,8 | 28,1 | 16,9 | 4,2 |
| Campinas | 38,1 | 35,6 | 25,1 | 1,2 |

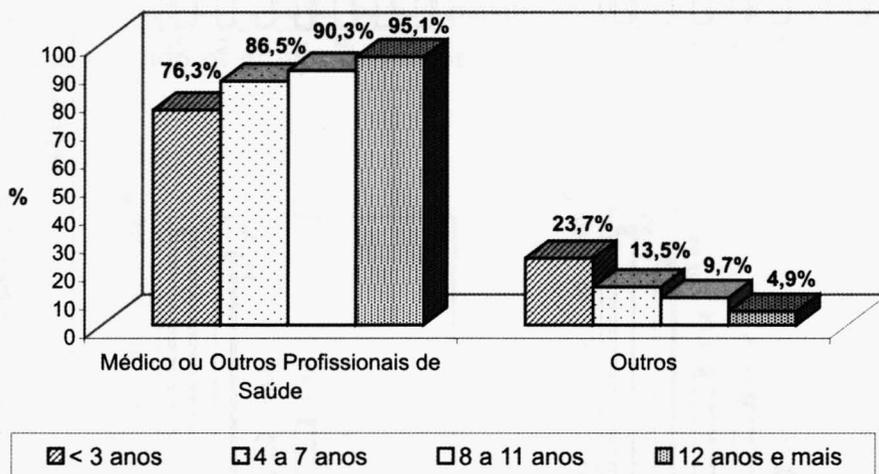
* Ambulatório e "outros"

A utilização de serviços de saúde segundo a escolaridade do Chefe de Família

A referência a problemas de saúde também variou segundo a escolaridade do Chefe de Família ($p=0,0295$), com valores semelhantes para os três primeiros grupos, em torno de 25%, e com valor mais baixo para o grupo com "12 ou mais anos de escolaridade", 16%. A procura de ajuda foi semelhante para os quatro grupos de escolaridade ($p=0,6470$), com valor menor para o grupo com

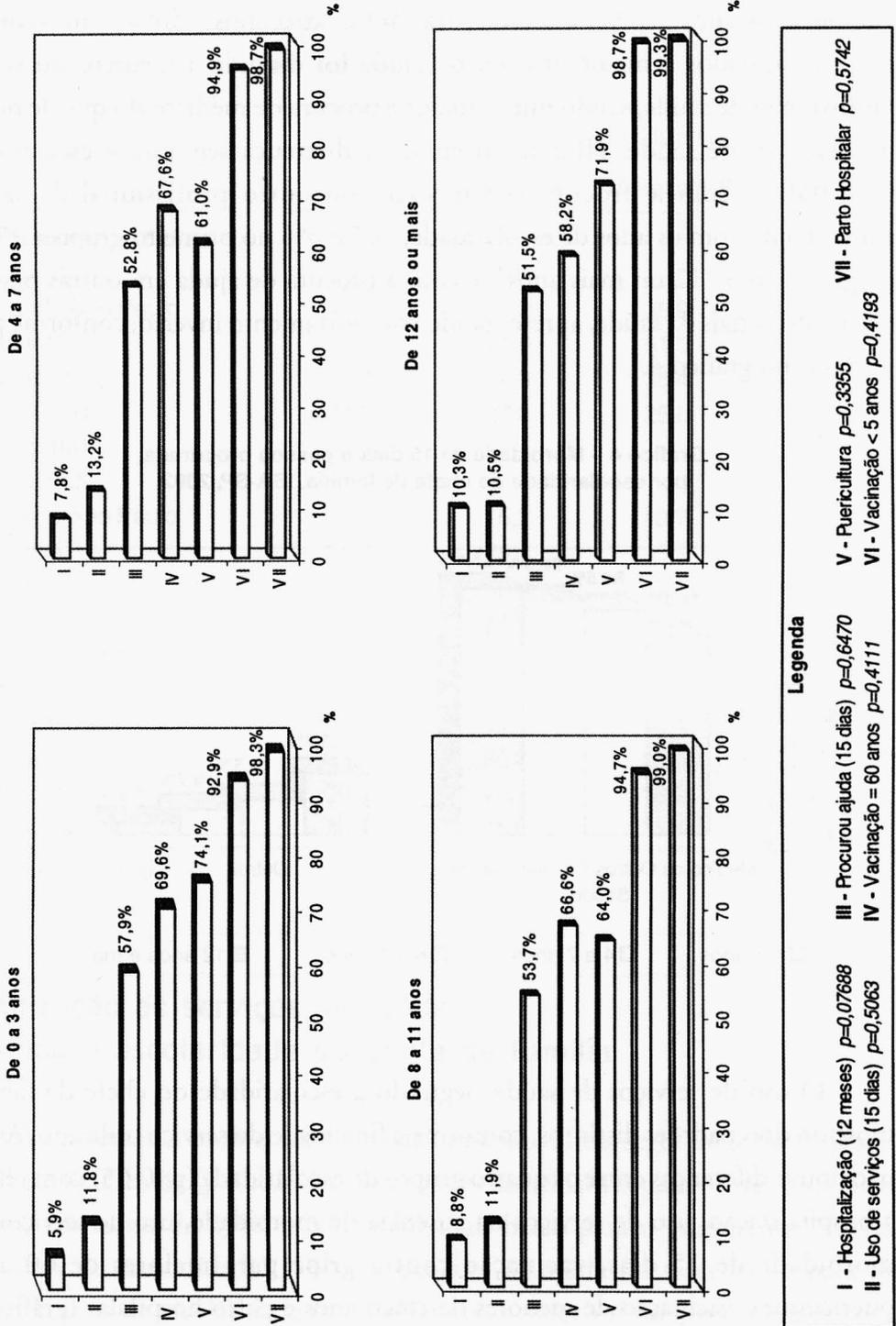
“12 ou mais anos”, 51%, e maior para “até quatro anos”, 58%. Para todos os grupos estudados a maior procura de ajuda foi dirigida a médicos ou outros profissionais de saúde, sendo muito maior a procura de médicos do que de outros profissionais de saúde. Houve, no entanto, diferença segundo a escolaridade ($p=0,0409$), com a procura por médico, ou outro profissional de saúde, aumentando com os anos de escolaridade, de 76,3% no primeiro grupo a 95,1% no grupo com “12 ou mais anos”, e com a procura de ajuda em outras pessoas, não profissionais da saúde, apresentando comportamento inverso, conforme pode ser visto no gráfico 4.

Gráfico 4 – Morbidade de 15 dias e pessoa procurada, por escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



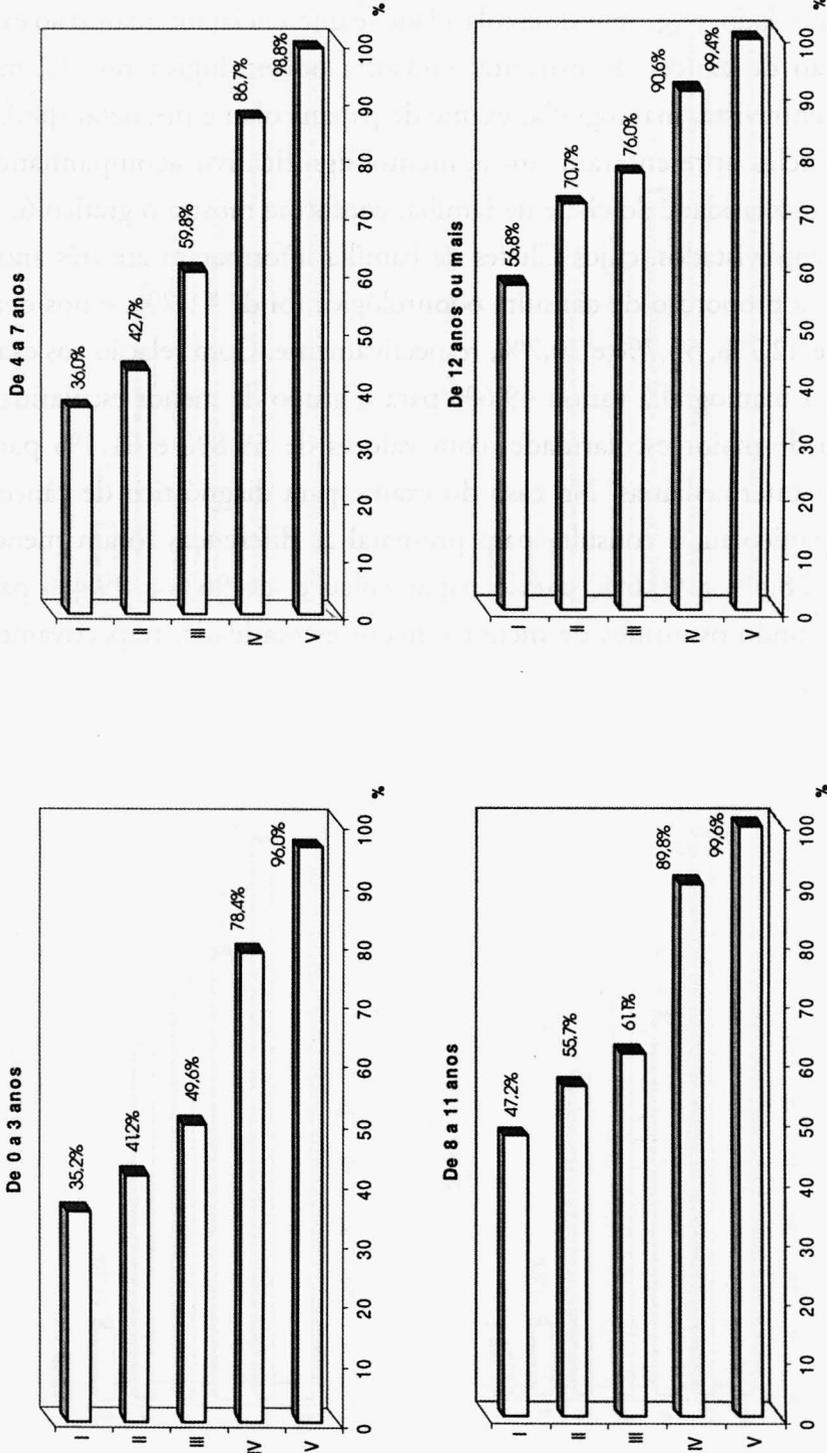
O uso de serviços de saúde, segundo a escolaridade do chefe de família, mostrou dois padrões distintos, conforme a finalidade do serviço utilizado. Assim, não houve diferenças entre os quatro grupos de escolaridade ($p>0,05$) com relação à hospitalização, uso de serviços na ausência de morbidade, uso de serviços por morbidade de 15 dias, vacinação contra gripe para maiores de 60 anos, puericultura, vacinação de menores de cinco anos e parto hospitalar (gráfico 5).

Gráfico 5 – Uso de serviços de saúde segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



Por outro lado, os grupos de escolaridade se diferenciaram quanto ao exame para detecção de câncer de próstata, consulta odontológica nos 12 meses anteriores à entrevista, mamografia, exame de papanicolau e pré-natal ($p < 0.05$), cujas frequências apresentaram um aumento significativo acompanhando o aumento da escolaridade do chefe de família, conforme mostra o gráfico 6. Para o grupo de entrevistados, cujos Chefes de Família informaram até três anos de escolaridade, a proporção de consulta odontológica foi de 41,2%, e nos demais grupos foi de 42,7%, 55,7% e 70,7%, respectivamente. Com relação aos exames preventivos, a mamografia variou 49,6% para o grupo de menor escolaridade a 76% para o de maior escolaridade, com valores de 59,8% e 61,1% para as escolaridades intermediárias. No caso do exame para diagnóstico de câncer de útero, o papanicolau, e consulta para pré-natal as diferenças foram menores, variando de 78,4% a 90,6%, para o papanicolau e, de 96% a 99,4% para o pré-natal, segundo os grupos de menor e maior escolaridade, respectivamente.

Gráfico 6 – Uso de serviços de saúde segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



Legenda

I - Próstata $p=0,0137$ II - Cons. odontol. (12 meses) $p<0,0001$ III - Mamografia $p=0,0271$ IV - Papanicolau $p=0,0115$ V - Pré-natal $p=0,044$

A relativa semelhança no padrão de uso de alguns serviços de saúde, para os quatro grupos de escolaridade do chefe de família, contrasta com as condições de vida, anteriormente descritas no capítulo 2, que mostra uma associação direta entre esta escolaridade e as condições de moradia e emprego e, principalmente, o consumo de bens duráveis. Esta semelhança pode decorrer de políticas públicas compensatórias que possibilitam um acesso mais igualitário a serviços de saúde, sendo exceções o acesso ao tratamento odontológico, que, na sua maioria é pago diretamente pelo usuário, e os exames preventivos de maior complexidade tecnológica e maior custo, que ainda são menos disponíveis como serviços gratuitos. No entanto é importante ressaltar que mesmo a consulta de pré-natal, de longa tradição na rede pública de serviços de saúde, ainda mostra uma diferença de cobertura segundo a escolaridade do chefe de família, embora a cobertura seja alta para todos os grupos estudados.

As maiores diferenças encontradas em relação à utilização de serviços de saúde corresponderam às fontes pagadoras pelos serviços utilizados, segundo os anos de escolaridade. Assim, conforme mostra a tabela 2, o SUS destacou-se como a principal fonte pagadora da assistência à saúde, comparado com outras alternativas, isto é, Convênio Empresa, Plano Privado de Saúde e as demais alternativas, como serviços próprios de empresas, serviços de associações de categorias profissionais e outras, que correspondem a uma parcela pequena do financiamento dos serviços de saúde. No entanto a grande cobertura do SUS foi para os grupos com até 7 anos de escolaridade, sendo esta cobertura um pouco menor para o grupo com 8 a 11 anos de escolaridade, e bastante pequena para aquele com 12 ou mais anos de escolaridade. Os Planos individuais de Saúde, como fonte pagadora, apresentaram um padrão semelhante ao Convênio Empresa, porém, na maioria das vezes, com coberturas menores. O perfil de financiamento dos exames preventivos foi semelhante ao acima descrito, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 2 – Fonte pagadora de serviços utilizados, segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.

| Motivos do uso de serviço | Escolaridade do chefe em anos | Fonte Pagadora | | | |
|---|-------------------------------|------------------|------------|------------|---------------------|
| | | SUS ¹ | Conv. Emp. | Plano Ind. | Outros ² |
| Problemas de saúde (15 dias) p< 0,0001 | <4 | 84,2 | 2,9 | 7,4 | 5,5 |
| | 4 a 7 | 75,4 | 13,1 | 8,6 | 2,7 |
| | 8 a 11 | 49,4 | 26,3 | 19,7 | 4,5 |
| | 12 ou mais | 18,4 | 32,8 | 38,1 | 10,7 |
| | * Todos | 62,4 | 17,6 | 15,28 | 4,7 |
| Tratamento odontológico (12 meses) p< 0,0001 | <4 | 77,2 | 4,4 | 2,4 | 16,0 |
| | 4 a 7 | 61,6 | 5,3 | 10,7 | 22,4 |
| | 8 a 11 | 39,8 | 22,9 | 13,4 | 23,9 |
| | 12 ou mais | 13,3 | 37,1 | 17,2 | 32,3 |
| | * Todos | 49,0 | 16,5 | 11,1 | 23,4 |
| Hospitalização (12 meses) p< 0,0001 | <4 | 87,7 | 5,9 | 6,3 | – |
| | 4 a 7 | 69,3 | 10,9 | 18,8 | 1,0 |
| | 8 a 11 | 51,6 | 28,3 | 19,7 | 0,4 |
| | 12 ou mais | 12,9 | 48,8 | 32,8 | 5,5 |
| | * Todos | 55,2 | 23,3 | 19,9 | 1,5 |
| Pré-natal p< 0,0001 | <4 | 94,4 | 2,7 | 2,6 | 0,3 |
| | 4 a 7 | 84,7 | 9,7 | 5,0 | 0,6 |
| | 8 a 11 | 57,8 | 18,8 | 20,2 | 3,2 |
| | 12 ou mais | 5,9 | 50,2 | 43,8 | 0,1 |
| | * Todos | 65,5 | 17,4 | 15,6 | 1,5 |
| Parto Hospitalar p< 0,0001 | <4 | 95,9 | 3,4 | 0,3 | 0,4 |
| | 4 a 7 | 85,0 | 9,0 | 5,2 | 0,8 |
| | 8 a 11 | 63,1 | 19,7 | 15,4 | 1,8 |
| | 12 ou mais | 14,7 | 48,8 | 30,9 | 5,6 |
| | * Todos | 69,7 | 17,0 | 11,5 | 1,7 |
| Puericultura p< 0,0001 | <4 | 96,5 | 1,0 | 2,3 | 0,2 |
| | 4 a 7 | 83,4 | 10,9 | 5,1 | 0,5 |
| | 8 a 11 | 68,7 | 18,4 | 12,6 | 0,3 |
| | 12 ou mais | 9,6 | 60,0 | 28,8 | 1,6 |
| | * Todos | 69,7 | 19,0 | 10,8 | 0,5 |

1. SUS ou Previdência Governamental

2. Serviços de Saúde de Sindicato, Associações, Empresas e "Outros"

* Total de entrevistados

Tabela 3 – Realização de exame preventivos segundo escolaridade do chefe.
ISA-SP, 2002

| Exames preventivos | Escolaridade do chefe (em anos) | Fonte Pagadora | |
|---|------------------------------------|------------------|---------------------|
| | | SUS ¹ | Outros ² |
| Papanicolau p<0,0001 | <4 | 80,7 | 19,3 |
| | 4 a 7 | 57,1 | 42,9 |
| | 8 a 11 | 39,8 | 60,2 |
| | 12 ou mais | 13,0 | 87,0 |
| | * Todos | 47,4 | 52,6 |
| Mamografia p<0,0001 | <4 | 75,0 | 25,0 |
| | 4 a 7 | 46,5 | 53,5 |
| | 8 a 11 | 31,1 | 68,9 |
| | 12 ou mais | 12,3 | 87,7 |
| | * Todos | 38,9 | 61,1 |
| Exames de detecção de câncer de próstata p<0,0001 | <4 | 63,5 | 36,5 |
| | 4 a 7 | 36,2 | 63,8 |
| | 8 a 11 | 20,4 | 79,5 |
| | 12 ou mais | 18,0 | 82,0 |
| | * Todos | 33,2 | 66,8 |

1. SUS ou Previdência Governamental.

2. Serviços de Saúde de Sindicato, Associações, Empresas e "Outros"

* Total de entrevistados

REFERÊNCIAS

Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Abrasco; 1997. p. 11-9. (Série Epidemiológica, 1).

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação da saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RC, organizadora. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p.31-76. (Série Saúde e Movimento, 4).

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação dos serviços de saúde: um estudo da região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Supl .2:59-70.

Dever GEA. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira; 1988. A epidemiologia da utilização dos serviços de saúde; p. 211-36.

Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.

Novaes HMD. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:633-4.

Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RC, organizadora. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p.167-95. (Série Saúde e Movimento, 4).

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. Serviços de saúde; p.513-37.

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5: 133-49.

Victora CG, Facchini LA, Barros FC, Lombardi C. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: *Anais do 1º. Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p.302-15.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

AMÉRICO FOCESI PELICIONI*
CHESTER LUIZ GALVÃO CESAR

Os Estudos de Uso de Medicamento (EUM) formam uma área da Farmacoepidemiologia que estuda “a comercialização, distribuição, prescrição, dispensação e uso dos medicamentos em uma sociedade com especial enfoque em suas conseqüências sanitárias, sociais e econômicas” (Castro, 1999). Em artigo de 1997, a mesma autora chama atenção para o fato de que no Brasil diversos autores vêm utilizando o método epidemiológico para estudar problemas relacionados ao uso de medicamentos desde a segunda metade da década de 1970. Ainda assim, poucos trabalhos com base populacional foram publicados sobre essa temática.

Dados levantados por estudos desse tipo, podem fornecer subsídios para tomadas de decisões conscientes e para a geração de políticas públicas que visem o acesso universal e o uso racional dos medicamentos.

O acesso da população ao arsenal terapêutico é um dos determinantes da qualidade de saúde da população. Iniquidades em saúde podem ser percebidas pela dificuldade de acesso de certos grupos e atores sociais aos serviços, bens e produtos, entre eles, os medicamentos.

A Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial não tem acesso aos benefícios que podem ser proporcionados por um tratamento farmacológico essencial e essa situação nos parece ainda pior quando lembramos que a população de baixa renda é a que está mais exposta às morbidades e aos agravos de saúde (WHO, 2000).

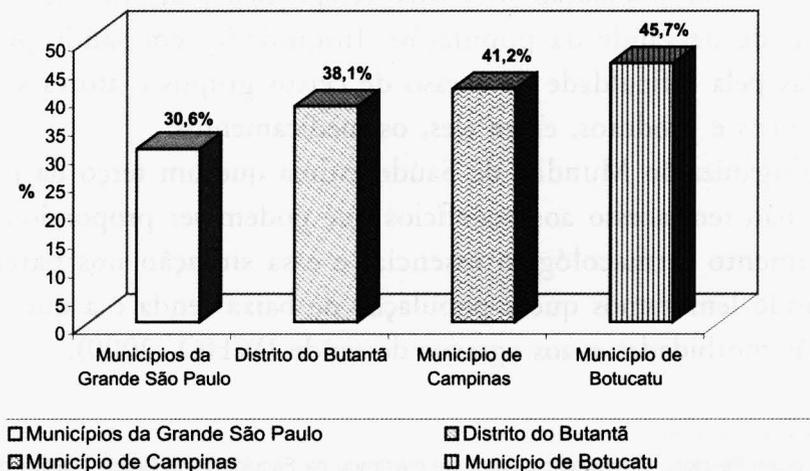
* Américo Focesi Pelicioni, farmacêutico. Aluno de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da USP.

A Política Nacional de Saúde estabelece a importância da adoção de uma Política Nacional de Medicamentos com a finalidade de garantir a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais e esta, por sua vez, chama atenção para o fato de que no Brasil, 15% da população recebe mais de 10 salários mínimos e consome 48% da produção do mercado farmacêutico, tendo uma despesa média anual de U\$193,40 com medicamentos. No lado oposto, 51% da população que recebe até 4 salários mínimos, consome apenas 16% do mercado farmacêutico total e tem um gasto médio anual de U\$18,95 *per capita* (Ministério da Saúde, 2001).

No Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo *ISA-SP*, foi perguntado aos entrevistados se os mesmos haviam consumido algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista. Àqueles que relataram o uso de algum medicamento, foi solicitado que indicassem os medicamentos que haviam consumido, o motivo que os levava a utilizá-los e a origem das indicações ou prescrições dos mesmos.

O consumo de medicamentos nos três dias anteriores à entrevista (gráfico 1) foi declarado por 38% dos entrevistados, sendo que Botucatu apresentou a maior proporção de consumo (45,7%) e os municípios da Grande São Paulo apresentaram o menor consumo (30,6%), com nível de significância $p < 0,0001$.

Gráfico 1 – Porcentagem de entrevistados que declararam uso de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo área de residência. ISA-SP, 2002.

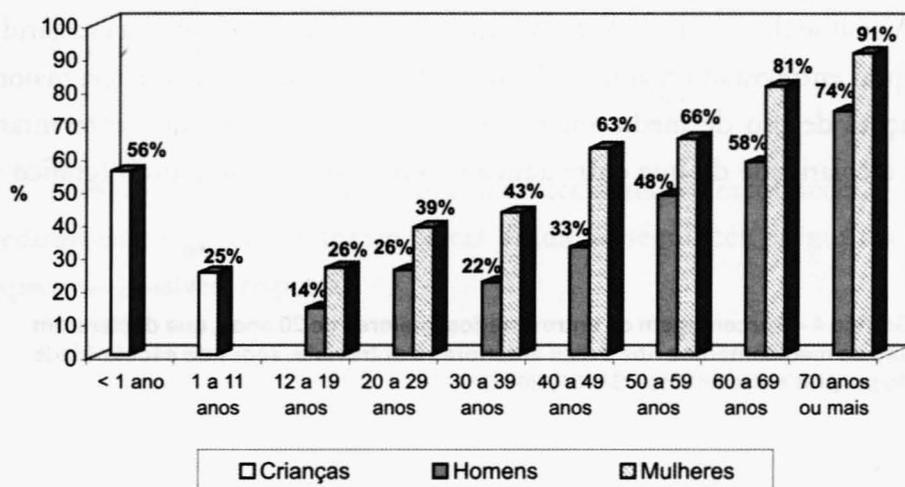


A proporção de mulheres (45%) que declarou ter utilizado algum medicamento foi superior à proporção de homens (31%) que o fizeram ($p < 0,0001$).

O gráfico 2 indica que houve maior consumo de medicamentos entre os entrevistados das faixas etárias mais elevadas e entre as mulheres quando comparadas aos homens da mesma faixa etária.

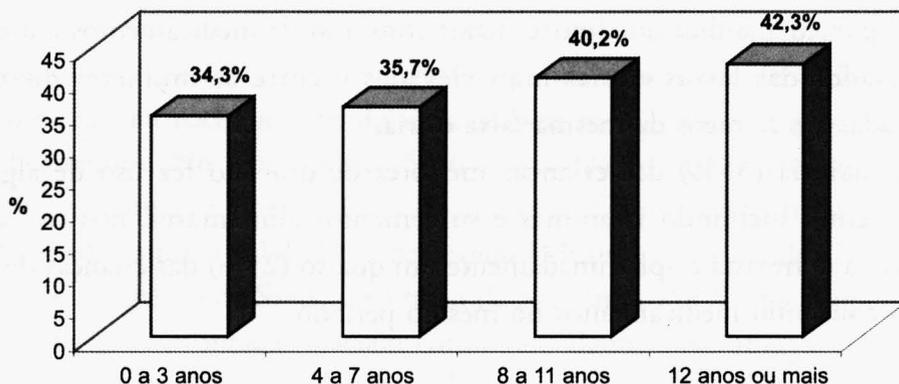
A maioria (56%) das crianças menores de um ano fez uso de algum medicamento, incluindo vitaminas e suplementos alimentares, nos três dias anteriores à entrevista e aproximadamente um quarto (25%) das crianças de 1 a 11 anos consumiu medicamentos no mesmo período.

Gráfico 2 – Porcentagem de entrevistados que declararam uso de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo grupo etário e sexo. ISA-SP, 2002.



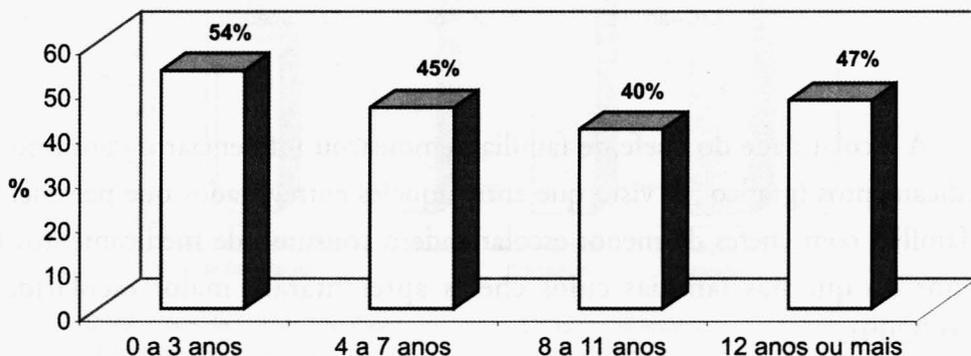
A escolaridade do chefe de família demonstrou influenciar o consumo de medicamentos (gráfico 3), visto que entre aqueles entrevistados que pertenciam às famílias com chefes de menor escolaridade o consumo de medicamentos foi menor do que nas famílias cujos chefes apresentaram maior escolaridade ($p = 0,0209$).

Gráfico 3 – Porcentagem de entrevistados que declararam uso de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo escolaridade dos chefes de família. ISA-SP, 2002.



A análise de consumo de medicamentos que levou em conta a escolaridade do próprio entrevistado maior de 20 anos, demonstrou uma tendência maior de declarações de uso de medicamentos entre os entrevistados que apresentaram menor escolaridade do que entre aqueles com mais anos de estudo (gráfico 4).

Gráfico 4 – Porcentagem de entrevistados, maiores de 20 anos, que declararam uso de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo escolaridade do próprio entrevistado. ISA-SP, 2002.



Uso e conhecimento sobre Medicamentos Genéricos

Como forma de aumentar o acesso da população aos medicamentos, a Organização Mundial da Saúde e a própria Política Nacional de Medicamentos recomenda entre outras coisas, a adoção de ações que promovam o uso de medicamentos genéricos (WHO, 1988; Ministério da Saúde, 2001).

Aos entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento, foi perguntado também sobre a possibilidade de se substituir algum dos medicamentos utilizados por um medicamento genérico e de acordo com sua resposta, era assinalada uma das alternativas:

- Não sabia o que era “genérico”.
- Não sabia se era possível substituir.
- Não seria possível fazer a substituição.
- Seria possível substituir, mas não o fizera.
- Já estava usando algum medicamento genérico.

Para aqueles entrevistados que não declararam desconhecer o que era medicamentos genéricos foram feitas ainda as seguintes perguntas com as respectivas possíveis respostas:

Em sua opinião, existem vantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais?

- Não existem vantagens.
- Sim, porque são mais baratos.
- Sim, porque o número de opções aumenta.
- Sim, porque é mais fácil de encontrar.
- Outros, especificar.

Em sua opinião, existem desvantagens em utilizar medicamentos genéricos?

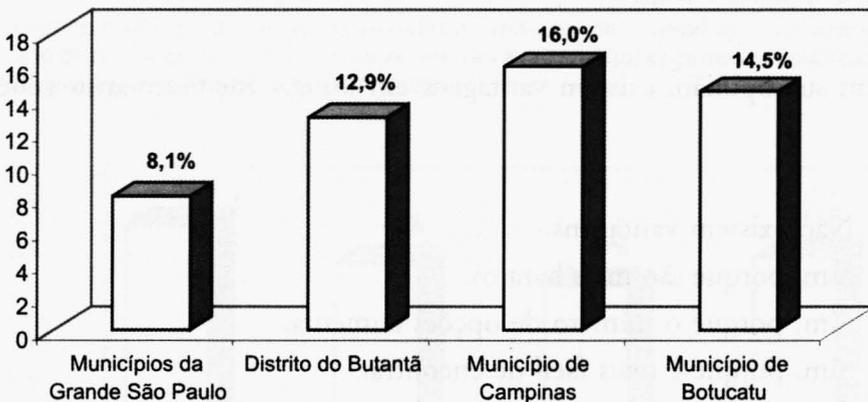
Quais?

- Não existem desvantagens.
- Sim, porque são difíceis de encontrar.
- Sim, porque não são bons como os de marca.
- Outros, especificar.

A minoria (8%) dos entrevistados que fizeram uso de medicamentos declarou desconhecer o que é medicamento genérico e 14% declarou que pelo menos um dos medicamentos que utilizou era genérico.

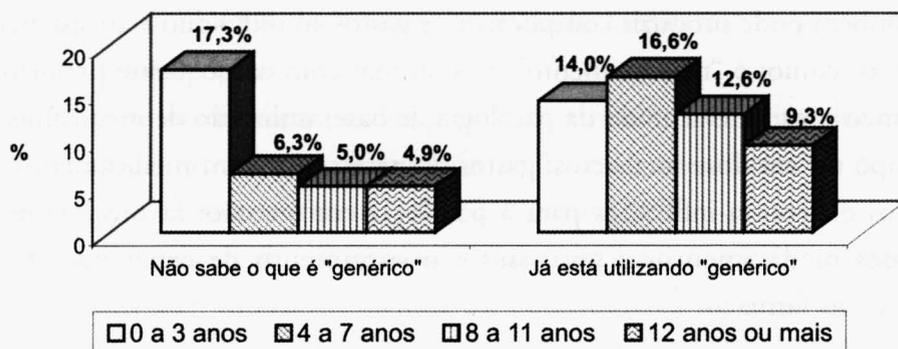
O gráfico 5 indica que dentre as áreas estudadas, o Município de Campinas apresentou maior proporção de declaração de uso de medicamentos genéricos (16,0%) enquanto que os Municípios da Grande São Paulo apresentaram as menores proporções (8,1%), com nível de significância $p=0,0003$.

Gráfico 5 – Porcentagem de entrevistados que declararam estar utilizando medicamentos genéricos, entre aqueles que declararam ter utilizado medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo área de residência. ISA-SP, 2002.



A escolaridade do chefe de família mostrou associação negativa em relação ao desconhecimento e ao uso de “medicamentos genéricos” (gráfico 6): nas famílias cujos chefes apresentaram menor escolaridade, a proporção de pessoas que usaram medicamentos e que não sabiam o que era “Genérico” foi maior do que entre as famílias cujos chefes tinham maior escolaridade. Entretanto, apesar do menor índice de desconhecimento sobre os “genéricos” entre as famílias com maior escolaridade do chefe, o uso dessa modalidade de medicamentos foi menor.

Gráfico 6 – Porcentagem de entrevistados que declararam ter utilizado medicamento e afirmaram desconhecer o que é medicamento genérico ou que disseram que já estavam utilizando algum medicamento genérico, segundo escolaridade do chefe de família. ISA-SP, 2002.



A maioria dos entrevistados (71%) que declarou ter utilizado medicamentos considerou que não havia desvantagens em utilizar “medicamentos genéricos” e uma parcela pequena (6%) considerou que não existiam vantagens no seu uso. A maioria (82%) dos entrevistados que declarou uso de medicamentos achava que os medicamentos genéricos apresentavam vantagens por serem mais baratos que os medicamentos “de marca”.

Não houve diferença significativa entre as respostas sobre vantagens e desvantagens dos medicamentos genéricos quando foram comparadas as escolaridades dos entrevistados e as escolaridades dos chefes das famílias.

Automedicação

“A automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas.” (Paulo e Zanini, 1988)

Existem dois aspectos que merecem atenção com relação à automedicação: por um lado existe a automedicação responsável e racional, que é benéfica à população e ao sistema de saúde, no sentido de que proporciona alívio a grande parte dos males que afligem as pessoas, sem entretanto causar o ônus financeiro que produziriam se fosse necessário atendimento médico especializado. Por outro lado, também pode produzir complicações e gastos ao indivíduo e ao sistema de saúde, tais como: o “mascaramento” de sintomas com conseqüente prejuízo no diagnóstico precoce e acurado da patologia de base; utilização de medicamentos por tempo ou em dose incorretos; gastos desnecessários com medicamento não indicados ou contra-indicados para a patologia em questão; favorecimento de interações medicamentosas perigosas e o surgimento de cepas bacterianas resistentes ao fármaco.

“A automedicação sem orientação médica é prática comumente aceita em diversos países, sendo difícil distinguir os limites até os quais ela pode ser benéfica para a população. É na automedicação sem orientação médica que residem os grandes riscos à saúde: de um lado, o “mascaramento” de doenças evolutivas e, de outro, a ocorrência de efeitos adversos”. (Paulo e Zanini, 1988)

Àqueles entrevistados que declararam ter feito uso de algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista foi perguntado quem havia indicado cada um dos medicamentos que foram utilizados.

Neste estudo, considerou-se automedicação apenas o uso de medicamentos sem que houvesse indicação por um médico ou dentista, não diferenciando

portanto, a prescrição recente da automedicação orientada (influenciada por uma prescrição mais antiga).

Entre os entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento, a proporção de indivíduos que indicaram ter consumido pelo menos um medicamento sem indicação médica ou odontológica foi de 30%. Essa prática foi mais freqüente entre os moradores da Grande São Paulo (36%), seguido pelos moradores do Distrito do Butantã (34%), Botucatu (26%) e Campinas (25%).

A proporção de entrevistados que consumiram medicamentos sem prescrição médica ou odontológica foi mais alta entre os jovens, diminuindo gradativamente nas faixas etárias subseqüentes (gráfico 7).

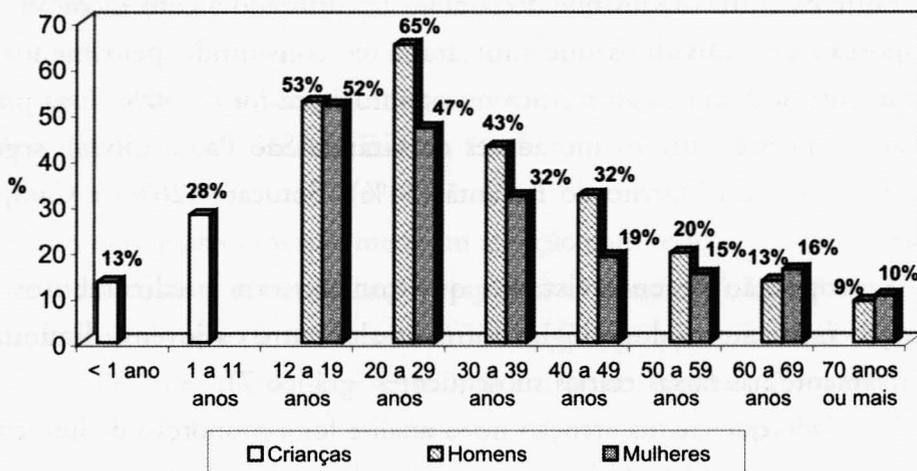
Um dado que chama atenção nessa análise foi a proporção de homens de 20 a 29 anos, já que 65% declararam ter utilizado medicamentos sem prescrição médica ou odontológica.

O uso de medicamentos sem prescrição também foi muito alto entre os jovens de ambos os sexos na faixa etária de 12 a 19 anos (cerca de 52% para ambos os sexos) e entre as crianças de 1 a 11 anos (28%).

Quando comparados os gêneros numa mesma faixa etária, o consumo de medicamentos sem indicação médica ou odontológica foi mais alta entre os homens do que entre as mulheres, com exceção das faixas etárias de 60 a 69 anos e 70 anos ou mais.

Nas faixas etárias extremas, ou seja, entre as crianças menores de um ano e os idosos com mais de 70 anos, as declarações de consumo de medicamentos sem indicação médica ou odontológica foram as mais baixas.

Gráfico 7 – Porcentagem de entrevistados que declararam ter utilizado medicamentos sob a forma de automedicação, segundo faixas etárias e sexo. ISA-SP, 2002.



A prática da automedicação segundo a escolaridade do entrevistado e segundo a escolaridade do chefe de família não apresentou diferença significativa.

Um estudo com base populacional feito no Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, encontrou uma proporção de automedicação de 76%, entre os entrevistados que usaram algum medicamento no mês anterior à pesquisa. Nesse mesmo trabalho os autores chamavam a atenção para as grandes diferenças nas proporções encontradas para a automedicação em diversos estudos brasileiros, que variavam de 42% a 97% (Vilarino et al., 1998).

De modo contrário ao que foi observado nessa pesquisa, Arrais em seu estudo de 1997 advertiu que a automedicação era praticada principalmente por mulheres jovens e por homens em idades extremas.

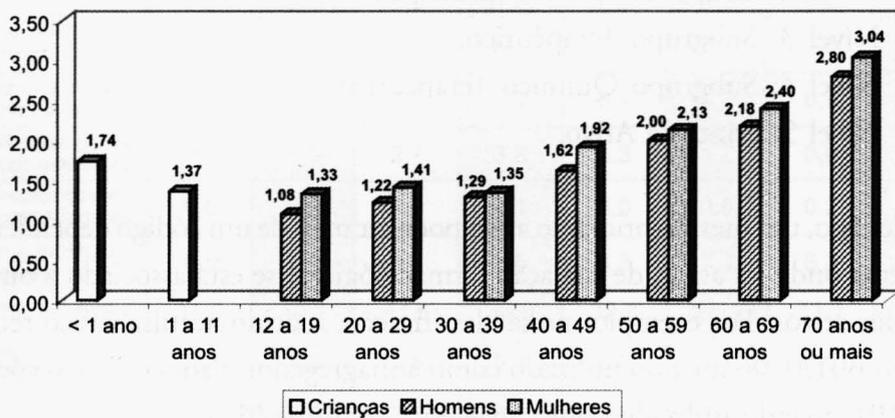
Número médio de especialidades farmacêuticas utilizadas

O número médio de medicamentos consumidos foi de 1,75 especialidades por entrevistado ($dp=0,04$) que declarou ter utilizado algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista. Botucatu que obteve a maior proporção de

entrevistados que utilizou algum medicamento, também apresentou a maior média de consumo (1,99 especialidades, $dp=0,07$), seguido por Campinas (1,80 especialidades, $dp=0,07$) e pelas duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, com média de 1,65 especialidades, $dp=0,10$.

Entre os idosos o número médio de especialidades foi maior do que entre os adultos e jovens. E na comparação entre os gêneros, as mulheres usaram mais especialidades farmacêuticas que os homens da mesma faixa de idade (gráfico 8).

Gráfico 8 – Número médio de especialidades farmacêuticas utilizadas, segundo faixa etária e sexo. ISA-SP, 2002.



Bertoldi et al., em 2004, num estudo desenvolvido em Pelotas, no Rio Grande do Sul, observaram média de consumo de 1,5 especialidades por entrevistado e o incremento no número de especialidades utilizadas nas faixas etárias mais avançadas.

Medicamentos mais utilizados

Para a classificação dos medicamentos que os entrevistados declararam ter utilizado nos três dias anteriores à entrevista foi empregada a classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC).

A ATC é um sistema de classificação de medicamentos criado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para Estudos de Utilização de Medicamentos e que é continuamente revisado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos sob a coordenação do Centro Colaborativo para Metodologia sobre Estatística de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde. (WHO, 2000)

Nesse sistema, cada medicamento recebe um código alfanumérico de acordo com cinco níveis:

- Nível 1: Grupo Anatômico (órgão, aparelho ou sistema sobre o qual atua)
- Nível 2: Grupo Terapêutico principal.
- Nível 3: Subgrupo Terapêutico.
- Nível 4: Subgrupo Químico Terapêutico.
- Nível 5: Princípio Ativo.

Por isso, um mesmo princípio ativo pode ter mais de um código dependendo do sistema onde irá atuar, de sua ação farmacológica e se está associado a outros princípios ativos. Por exemplo, nessa classificação, o ácido acetilsalicílico recebe o código B01AC06 quando utilizado como antiagregador plaquetário e o código N02BA01 quando utilizado como analgésico e antipirético.

A tabela 1 demonstra que os grupos terapêuticos mais utilizados variaram de acordo com a faixa etária e o sexo dos entrevistados, sendo compatível com as morbidades mais prevalentes para esses grupos.

Tabela 1 – Proporção de medicamentos utilizados (%), segundo grupo anatômico (primeiro nível da classificação ATC), faixa etária e sexo

| Grupo anatômico | Menores de um ano | 1 a 11 anos | 12 a 19 anos | | 20 a 59 anos | | 60 anos e mais | |
|--|-------------------|-------------|--------------|----------|--------------|----------|----------------|----------|
| | | | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino | Feminino |
| Trato alimentar e metabolismo | 37,5 | 8,4 | 4,7 | 11,2 | 11,3 | 9,8 | 15,7 | 16,0 |
| Sangue e órgãos formadores de sangue | 13,4 | 6,5 | 0,0 | 2,4 | 2,7 | 1,6 | 7,1 | 4,9 |
| Sistema cardiovascular | 0,1 | 0,8 | 1,0 | 2,6 | 27,0 | 20,1 | 45,4 | 41,3 |
| Dermatológicos | 1,6 | 2,0 | 3,6 | 1,8 | 3,8 | 0,3 | 0,6 | 0,5 |
| Sistema Geniturinário e hormônios sexuais | 1,6 | 0,0 | 1,8 | 12,6 | 0,3 | 14,1 | 1,6 | 2,9 |
| Preparados para o sistema hormonal | 0,3 | 2,1 | 2,3 | 1,2 | 0,7 | 4,4 | 0,9 | 2,2 |
| Antiinfectivos gerais para uso sistemático | 8,8 | 6,9 | 2,7 | 3,6 | 3,3 | 1,2 | 0,9 | 0,6 |
| Antineoplásicos e Imunomoduladores | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 0,1 | 0,0 | 0,6 | 0,2 | 0,6 |
| Sistema músculo-esquelético | 0,8 | 4,3 | 9,2 | 7,5 | 8,3 | 7,1 | 6,2 | 6,4 |
| Sistema nervoso | 11,6 | 19,1 | 41,6 | 30,9 | 32,2 | 25,1 | 11,1 | 15,3 |
| Antiparasitários inseticidas e repelentes | 2,5 | 7,5 | 2,5 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Sistema respiratório | 16,9 | 26,0 | 15,5 | 13,1 | 4,6 | 4,3 | 4,0 | 1,7 |
| Órgãos sensoriais | 0,8 | 1,0 | 0,7 | 1,5 | 0,5 | 0,4 | 1,8 | 0,9 |
| Órgãos sensoriais | 4,0 | 15,4 | 13,4 | 11,5 | 5,4 | 10,7 | 4,5 | 6,7 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

REFERÊNCIAS

- Arrais PSD. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(1):71-7.
- Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):228-38.
- Castro LLC. Farmacoepidemiologia, uma nova disciplina. *Divulg Saúde Debate* 1997; (18):87-92.
- Castro LLC. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(2):405-10.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília (DF); 2001.
- Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 1988; 34:69-75.
- Vilarino JF, Soares IC, Silveira CMD, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:43-9.
- [WHO] World Health Organization. *How to develop and implement a national drug policy*. Geneva; 1988.
- [WHO] World Health Organization. *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment*. 3rd ed. Oslo; 2000.
- [WHO] World Health Organization. *Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy 2000-2003*. Geneva; 2000.

O inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo, o *ISA-SP*, foi realizado por pesquisadores das universidades estaduais paulistas e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os participantes, todos com experiências prévias em inquéritos domiciliares, formaram um grupo para a investigação, com uma base referencial comum e técnicas padronizadas. Na Região Metropolitana foram estudados o Distrito de Saúde do Butantã e uma área formada pelos municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra. No interior foram estudados os municípios de Campinas e de Botucatu.

O inquérito trabalhou com três grandes áreas temáticas: estilo de vida, situação de saúde e uso de serviços de saúde. As diversas informações, de cada uma das áreas temáticas, foram analisadas segundo as condições de vida dos entrevistados.

Nos diferentes capítulos dessa publicação, são descritos os principais aspectos metodológicos da pesquisa bem como alguns de seus resultados.

Os resultados da pesquisa, com informações de base populacional vêm sendo utilizados em processos de planejamento e avaliação de serviços de saúde, bem como na formação de recursos humanos.

A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, através do Programa de Pesquisa em Políticas Públicas, tendo como instituição parceira a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que participou também com recursos financeiros.

