

RELATÓRIO FINAL

**Inquérito de Saúde de base populacional em
Campinas**

ISACAMP 2014/15



Junho 2017

Pesquisadora responsável:

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Elaboração do relatório:

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Lhaís de Paula Barbosa Medina

Margareth Guimarães Lima

Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/ Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas (CCAS/DSC/FCM/UNICAMP). Campinas, 27 de junho de 2017.

Telefone: (19) 3521-9249

Sumário:

1. Resumo do projeto	09
2. Apresentação	10
3. Introdução	11
3.1. A importância da realização de inquéritos periódicos	11
3.2. As novas dimensões da saúde	11
3.3. Monitorando as desigualdades sociais em saúde	14
4. Objetivos do projeto	17
5. Material e Métodos	18
5.1. População do estudo e Processo Amostral	18
5.2. Questionário: elaboração, conteúdo e adaptação para uso em <i>tablet</i>	20
5.3. Trabalho de campo e banco de dados	22
6. Resultados	23
6.1 Características demográficas, socioeconômicas e de moradia.	23
6.2 Estado de saúde da população de Campinas: segundo idade, sexo e renda.	28
6.3 Comportamentos relacionados à saúde	45
6.4 Uso de serviços de saúde	55
6.5 Comparação entre os inquéritos de 2001/02, 2008/09 e 2014/15.	62
7. Referências bibliográficas	73
8. Equipe de participantes do projeto	76

Lista de Tabelas:

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas da população de Campinas, segundo segmentos de renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.	25
Tabela 2 - Condições da moradia segundo segmentos de renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.	27
Tabela 3 - Prevalência (em %) de problemas de saúde nas últimas 2 semanas segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	30
Tabela 4 - Prevalência de problemas de saúde (morbidade) nas últimas 2 semanas segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	30
Tabela 5 - Prevalência de limitações por problemas de saúde nas últimas duas semanas, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	30
Tabela 6 - Prevalência de doenças crônicas segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	31
Tabela 7 - Prevalência de doença crônica segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.	34
Tabela 8 - Prevalência de problemas de saúde segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	35
Tabela 9 - Prevalência de problemas de saúde segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.	37
Tabela 10 - Prevalência de deficiências segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	38
Tabela 11 -Prevalência de deficiências segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.	38
Tabela 12 - Prevalência de uso de aparelhos segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	39
Tabela 13 -Prevalência de uso de aparelhos segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.	40
Tabela 14 - Prevalência de acidentes e quedas nos últimos 12 meses segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	40
Tabela 15 - Prevalência de violências nos últimos 12 meses segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	41
Tabela 16 -Prevalência de violências nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	42
Tabela 17 - Prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC), segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15. (SRQ-20 com ponto de corte de 8 e mais).	42
Tabela 18 -Prevalência de TMC segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	42
Tabela 19 - Prevalência de saúde regular/ruim/muito ruim segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	43
Tabela 20 - Prevalência de saúde regular/ruim/muito ruim segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	44
Tabela 21 - Prevalência de fumantes segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	46
Tabela 22 - Prevalência de fumantes segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	48
Tabela 23 - Prevalência de AUDIT positivo segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	48
Tabela 24 - Prevalência de AUDIT positivo segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	49
Tabela 25 - Prevalência de consumo de álcool duas ou mais vezes na semana, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	49

Tabela 26 - Prevalência de consumo frequente de álcool segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.	49
Tabela 27 - Prevalência de inativos no lazer segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	49
Tabela 28 - Prevalência de inativos segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	50
Tabela 29 - Prevalência de ativos no lazer segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	50
Tabela 30 - Prevalência de ativos no lazer segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	52
Tabela 31 - Prevalência de excesso de peso segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15	52
Tabela 32 - Prevalência de excesso de peso segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	53
Tabela 33 - Prevalência de obesidade segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	53
Tabela 34 - Prevalência de obesidade segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	53
Tabela 35 - Prevalência de consultas médicas nos 15 dias que antecederam a entrevista segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	56
Tabela 36 - Prevalência de consultas médicas nos últimos 15 dias segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.	57
Tabela 37 - Prevalência de hospitalizações nos últimos 12 meses, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	57
Tabela 38 - Prevalência de hospitalizações nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.	57
Tabela 39 - Prevalência de cirurgias nos últimos 12 meses, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	57
Tabela 40 - Prevalência de cirurgias nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.	58
Tabela 41 - Prevalência de cirurgias na vida segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	58
Tabela 42 - Prevalência de cirurgias na vida segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.	58
Tabela 43 - Prevalência de consultas odontológicas nos últimos 12 meses segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	59
Tabela 44 - Prevalência de consultas odontológicas nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	59
Tabela 45 - Prevalência de uso de medicamentos nos últimos 15 dias, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	60
Tabela 46 - Prevalência de uso de medicamentos nos últimos 15 dias segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.	60
Tabela 47 - Prevalência de plano de saúde segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	61
Tabela 48 - Prevalência de plano de saúde segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.	61

Lista de Figuras:

Figura 1. Prevalência de doenças crônicas segundo sexo. ISACamp 2014/15.	32
Figura 2. Prevalência de doenças crônicas segundo faixa etária. ISACamp 2014/15.	32
Figura 3. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.	33
Figura 4. Prevalência de diabetes mellitus segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.	33
Figura 5. Razão de prevalência de doenças crônicas segundo renda. ISACamp 2014/15.	33
Figura 6. Prevalência de problemas de saúde segundo sexo*. ISACamp 2014/15.	36
Figura 7. Prevalência de problemas de saúde segundo faixa etária. ISACamp 2014/15.	36
Figura 8. Prevalência de problemas de saúde segundo renda. ISACamp 2014/15.	36
Figura 9. Prevalência de acidentes de trânsito nos últimos 12 meses, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	41
Figura 10. Prevalência de quedas nos últimos 12 meses, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.	41
Figura 11. Prevalência de transtorno mental comum (TCM) segundo faixa etária e sexo. ISACamp 2014/15.	43
Figura 12. Prevalência de transtorno mental comum (TMC) segundo renda e sexo. ISACamp 2014/15.	43
Figura 13. Prevalência de autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim segundo faixa etária e sexo. ISACamp 2014/15.	44
Figura 14. Prevalência de autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim segundo renda e sexo. ISACamp 2014/15.	45
Figura 15. Prevalência de tabagismo segundo sexo e faixa etária em anos. ISACamp 2014/15.	47
Figura 16. Prevalência do tabagismo segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.	47
Figura 17. Prevalência de consumo de risco de álcool (AUDIT) segundo sexo e faixa etária em anos. ISACamp 2014/15.	48
Figura 18. Prevalência de inatividade física no lazer segundo sexo e faixa etária em anos. ISACamp 2014/15.	50
Figura 19. Prevalência de inatividade física no lazer segundo sexo e renda. ISACamp 2014/15.	51
Figura 20. Prevalência de ativos no lazer segundo sexo e faixa etária em anos. ISACamp 2014/15.	51
Figura 21. Prevalência de ativos no lazer segundo renda. ISACamp 2014/15.	52
Figura 22. Prevalência de excesso de peso segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.	52
Figura 23. Prevalência de excesso de peso segundo sexo e renda. ISACamp 2014/15.	54
Figura 24. Prevalência de obesidade segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.	54
Figura 25. Prevalência de obesidade segundo sexo e renda. ISACamp 2014/15.	55
Figura 26. Prevalência de procura de serviço ou profissional de saúde (últimos 15 dias) segundo sexo e faixa etária em anos. ISACamp 2014/15.	56
Figura 27. Prevalência de consultas odontológicas segundo renda e sexo. ISACamp 2014/15.	59
Figura 28. Prevalência do consumo de medicamentos nos últimos 15 dias segundo faixa etária e sexo. ISACamp 2014/15.	60

Figura 29. Prevalência de posse de plano privado de saúde segundo renda e sexo. ISACamp 2014/15.	61
Figura 30. Prevalência de doenças crônicas no sexo masculino. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	63
Figura 31. Prevalência de doenças crônicas no sexo feminino. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	63
Figura 32. Prevalência de doenças crônicas em adultos. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	63
Figura 33. Prevalência de doenças crônicas em idosos. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	64
Figura 34. Prevalência de hipertensão segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	64
Figura 35. Prevalência de hipertensão segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	64
Figura 36. Prevalência de diabetes segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	65
Figura 37. Prevalência de diabetes mellitus segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	65
Figura 38. Prevalência de problemas de saúde no sexo masculino. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	65
Figura 39. Prevalência de problemas de saúde no sexo feminino. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	66
Figura 40. Prevalência de problemas de saúde em adolescentes. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	66
Figura 41. Prevalência de problemas de saúde em adultos. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	66
Figura 42. Prevalência de problemas de saúde em idosos. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	67
Figura 43. Prevalência de obesidade segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	67
Figura 44. Prevalência de obesidade segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	67
Figura 45. Prevalência de excesso de peso segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	68
Figura 46. Prevalência de excesso de peso segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	68
Figura 47. Prevalência de tabagismo em pessoas com 18 anos ou mais. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	68
Figura 48. Prevalência de tabagismo segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	69
Figura 49. Prevalência de tabagismo segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.	69
Figura 50. Prevalência de consumo de risco de álcool (AUDIT) segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.	69
Figura 51. Prevalência de consumo de risco de álcool (AUDIT) entre indivíduos com 12 anos ou mais de idade, segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.	70
Figura 52. Prevalência de inatividade física segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.	70

- Figura 53.** Prevalência de inatividade física segundo idade. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15. 70
- Figura 54.** Prevalência de posse de plano privado de saúde segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15. 71
- Figura 55.** Prevalência de posse de plano privado de saúde segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15. 71
- Figura 56.** Prevalência de consultas odontológicas segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15. 71
- Figura 57.** Prevalência de consultas odontológicas segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15. 71

1. Resumo do projeto

A necessidade de monitoramento do perfil de saúde da população e dos comportamentos relacionados à saúde que constituem fatores de risco para doenças crônicas passou a exigir a realização periódica de inquéritos de saúde de base populacional. Monitorar a magnitude das desigualdades sociais em saúde é também essencial em um país que convive com um dos mais elevados índices de concentração de renda. É reconhecido que os determinantes sociais modelam o perfil de saúde-doença das populações ao delimitar padrões de condições materiais de vida, de adoção de comportamentos relacionados à saúde e influenciando a organização e atuação dos serviços de saúde.

A realização periódica de inquéritos populacionais de saúde permite avaliar a tendência dos eventos de saúde e do grau das disparidades sociais prevalentes. Permite, também, verificar o possível impacto do SUS na redução do efeito das desigualdades socioeconômicas na saúde.

Este projeto objetivou pesquisar múltiplas dimensões da saúde, analisando padrões, tendências de índices de saúde e das disparidades sociais prevalentes. Buscou desenvolver um instrumento de aplicação local/municipal que dialogasse e contribuísse com o aprimoramento de um sistema coordenado e articulado de inquéritos de saúde no país.

Trata-se do terceiro inquérito domiciliar de base populacional do município de Campinas, SP, realizado em 2014/15 (ISACamp 2014/15). A pesquisa, de corte transversal, teve, como desdobramentos, a condução de outros dois inquéritos específicos: o ISACamp-Nutri, um inquérito de base populacional sobre nutrição, e o ISACamp-Sono, uma pesquisa delineada para o aprofundamento de temas e problemas relativos ao sono. Esta pesquisa propicia também oportunidade para o desenvolvimento acoplado de pesquisas longitudinais.

A amostra foi tomada em conglomerados e em dois estágios para obter amostras representativas de 3 domínios etários: adolescentes, adultos e idosos. Também foram obtidas amostras de cada um dos 5 distritos de saúde do município. O conteúdo do questionário incluiu tópicos sobre características demográficas e socioeconômicas; morbidades e deficiências; estado de saúde e bem-estar; saúde emocional; acidentes e violências; uso de serviços de saúde; práticas preventivas; imunização; uso de medicamentos e comportamentos relacionados à saúde. Para a elaboração/revisão do questionário foram realizadas oficinas de trabalho com a participação de pesquisadores e *experts* convidados.

As entrevistas foram realizadas por entrevistadores treinados, com uso de *tablet*, e aplicadas diretamente ao morador sorteado. As informações foram geradas em planilhas de Excel e passaram por análise de consistência. A análise dos dados abrangerá estimativas de prevalências, e de razões de prevalências brutas e ajustadas por meio de regressão de Poisson. Para a realização das análises, está sendo utilizado o software estatístico STATA 14.0, que permite incorporar as ponderações necessárias decorrentes do desenho da amostra. O projeto foi aprovado pelo Comitê

de ética da FCM/UNICAMP parecer nº 409.714 de 30 de setembro de 2013. Ao final foram realizadas 3021 entrevistas, sendo 1023 com adolescentes, 1012 com adultos e 986 com idosos.

2. Apresentação

Este projeto objetiva a realização do 3º. inquérito de saúde, de ampla abrangência temática e de base populacional do município de Campinas, visando três metas fundamentais. De um lado, proporcionar informações e evidências para a gestão municipal da saúde, em especial sobre fatores de risco, morbidades e perfil de uso de serviços. Por outro, inserido no Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da FCM-UNICAMP, o projeto tem por meta essencial contribuir para o avanço do conhecimento científico do perfil saúde-doença e das práticas de saúde da população, desenvolvendo análises de temas inéditos ou pouco abordados no âmbito de estudos populacionais. O terceiro objetivo, que visa a formação de recursos humanos qualificados, se desenvolve em consonância com o processo da produção de conhecimentos.

O projeto tem sua origem no Inquérito Multicêntrico de Saúde (ISA-SP) realizado em 2001/2002 em quatro áreas do Estado de São Paulo e que foi financiado pela Fapesp (Processo no. 1998/14099-7) e pela Secretaria Estadual da Saúde de SP. Em 2008, com suporte financeiro do CNPq (processo no. 40747/2006-8; Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE- DECIT 26/2006) e da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que obteve recurso da SVS/MS (Contrato 4300/2009- SMS/ FUNCAMP/ FCM/Inquérito de Saúde), um segundo inquérito foi realizado em Campinas (o ISACamp 2008). Para este inquérito, o instrumento utilizado em 2001/02 foi submetido a uma detalhada e cuidadosa revisão o que possibilitou a adoção de algumas mudanças significativas. A realização do ISACamp 2008 ensejou, também, o desenvolvimento pelo MS/SVS de uma pesquisa Vigitel em Campinas que foi realizada naquele ano. E a comparação entre os dados dos dois inquéritos foi objeto de um pós-doc vinculado ao CCAS cujos resultados vêm sendo publicados ^{32,33,34}.

Os inquéritos de Campinas têm propiciado a produção de teses e artigos sobre temas novos ou insuficientemente tratados em base populacional, como: qualidade de vida em saúde, duração do sono e saúde, felicidade e saúde, técnicas de comparação entre inquéritos, saúde do homem, tabagismo em idosos, congruência de indicadores objetivos e subjetivos de saúde, prevalência de testes diagnósticos de câncer de próstata, desigualdades sociais da saúde em idosos e morbidade e qualidade da dieta de adolescentes, entre outros.

3. Introdução

3.1. A importância da realização de inquéritos periódicos

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 de diferentes países, gerando dados essenciais para a formulação e avaliação das políticas sociais e de saúde. Os inquéritos têm apresentado abrangência diversificada, seja quanto aos temas de saúde tratados ou quanto aos subgrupos demográficos envolvidos. Estas pesquisas têm produzido um volume formidável de informações e artigos científicos, proporcionado significativo avanço do conhecimento, e têm sido utilizados por instâncias governamentais de diferentes níveis e setores ^{6,74,75}.

Embora algumas questões sobre práticas preventivas e comportamentos relacionados à saúde tenham sido incluídas em alguns inquéritos brasileiros, a primeira grande pesquisa nacional com esta temática foi realizada pelo MS/SVS/INCA em 2002-2003 ¹⁵. Posteriormente, o desenvolvimento do sistema de vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas (VIGITEL) inaugura no país, em âmbito nacional, o uso de inquéritos por telefone ¹⁷. A aplicação periódica do suplemento saúde da PNAD, que passou por significativa ampliação temática na versão de 2008, a implantação da pesquisa em escolares (PENSE), a organização de um inquérito sobre acesso e uso de medicamentos (PNAUM) e, em especial, a organização de uma abrangente pesquisa nacional de saúde (PNS), a ser realizada em 2013 ⁷², confirmam a consolidação no Brasil, de uma política que reconhece a necessidade de inquéritos periódicos, para gerar informações essenciais à avaliação das políticas de promoção de saúde e de controle de agravos não transmissíveis ^{16,55,75}.

Experiências de âmbito menor que o abrangido pelos inquéritos nacionais configuram espaços de experimentação e validação de instrumentos, de compreensão dos determinantes da variação nacional ou regional das estimativas e de aprofundamento de questões que necessitam de investigações mais específicas e detalhadas. Podem também atender a necessidades da gestão municipal não consideradas em pesquisas nacionais. Os inquéritos representam oportunidades únicas para a análise de múltiplas dimensões do estado de saúde das populações e dos determinantes sociais da saúde ⁶.

3.2. As novas dimensões da saúde

Com o desenvolvimento de saberes e tecnologias que propiciaram significativo controle das doenças infecciosas e o subsequente declínio das taxas de mortalidade, os agravos não transmissíveis ganharam preponderância no perfil de morbimortalidade das populações. Os dados de mortalidade que foram, historicamente, os primeiros a constituir indicadores consistentes de saúde, deixaram progressivamente de dar conta do espectro total dos problemas de saúde.

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 passou a requerer indicadores de morbidade, de incidência e prevalência de doenças, lesões e deficiências físicas. Indicadores de comorbidades foram necessários para avaliar o impacto de morbidades múltiplas que se sobrepõem no indivíduo. Mas, a detecção da doença, não é suficiente para caracterizar o “grau de saúde” dos pacientes e das populações e a magnitude do impacto acarretado.⁶ Medidas das limitações e das incapacidades provocadas pelas doenças, da preservação das atividades da vida diária (básicas e instrumentais), de qualidade de vida em saúde e de bem estar passaram a ser fundamentais na avaliação da saúde^{58,71}.

Entre os instrumentos de medida da *qualidade de vida relacionada à saúde* diferenciam-se os que objetivam a avaliação global e os dirigidos a dimensões específicas como: bem estar psíquico, bem estar social, dor, incapacidades para atividades da vida diária e outros^{35,58}. Estes instrumentos quantificam aspectos subjetivos da percepção das pessoas sobre a própria condição de saúde e, para a sua ampla aceitação, houve a necessidade do desenvolvimento de bases teóricas sobre psicofísica e psicométrica que pudessem respaldar o uso de julgamento subjetivo como forma adequada de mensuração da saúde⁵⁸. Avaliações das qualidades psicométricas dos instrumentos vêm sendo realizadas com frequência crescente também no Brasil. Autores têm, entretanto, enfatizado a dificuldade de comparação entre populações e segmentos demográficos dos resultados de avaliações de saúde baseadas em percepções e relatos, por conta da forte influência dos contextos culturais⁶⁷.

A coerência ou consistência da relação entre a autopercepção e a avaliação objetiva da saúde tem sido denominada de congruência de avaliações. Embora a literatura em geral revele relação consistente entre saúde referida e número de doenças crônicas e com outros indicadores objetivos de saúde^{8,26,52}, alguns estudos mostram que nem sempre essa relação é consistente^{27,67}. É possível identificar avaliações subjetivas “realistas”, “otimistas” ou “pessimistas” quando comparadas com o estado de saúde objetivo dos indivíduos²³ sendo que idosos com autoavaliações “otimistas” apresentam melhor padrão de comportamentos relacionados à saúde⁴⁰. A esse respeito, Diener e Suh²⁷ têm mostrado que a satisfação com a vida está relacionada com a capacidade de ajustar metas frente à diminuição de recursos e de competências. Poucos estudos analisaram os determinantes que influenciam a manifestação de uma avaliação subjetiva otimista ou pessimista e entende-se ser relevante identificá-los o que pode ser viabilizado por meio de inquéritos domiciliares.

O estado de saúde auto referido (ESA) ou a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) têm sido avaliados por instrumentos, que buscam aquilatar o impacto da saúde e das doenças nas dimensões social, emocional, física e mental da vida das pessoas. As medidas do estado de saúde autorreferido ou da qualidade de vida em saúde têm sido cada vez mais utilizadas

apresentando-se com particularidades relevantes, como a multidimensionalidade e a subjetividade. Constituem indicadores sensíveis para monitorar o agravamento das doenças e a efetividade das medidas de controle em produzir melhoras no desempenho cotidiano. O *The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) é um instrumento de medida genérica do estado de saúde e da QVRS constituído de 36 questões que avaliam 8 domínios da saúde que podem ser agrupados em dois componentes: físico e mental ⁷⁶. Este instrumento foi utilizado em estudos conduzidos em mais de 70 países e seus resultados apresentam alta validade e confiabilidade ^{58,76}. A versão 1 do SF-36 foi traduzida e submetida à validação no Brasil por Ciconelli et al ²⁴.

O SF-36 é muito utilizado no Brasil em estudos com pacientes ou pessoas institucionalizadas, mas poucas pesquisas o utilizaram em base populacional. O Inquérito ISA-SP de 2001/2002, inseriu o instrumento em seu questionário, para aplicação em idosos, o que permitiu o desenvolvimento de estudos inéditos no país, sobre o perfil das escalas do SF36 segundo fatores demográficos e socioeconômicos ⁴⁷, segundo comportamentos relacionados à saúde ⁴⁹, bem como sobre o impacto de doenças crônicas no estado de saúde de idosos ⁴⁸. O ISACamp 2008 incorporou a versão 2 do SF-36 e o aplicou em adultos com 18 anos ou mais. A versão 2 do SF-36 foi utilizada na pesquisa “Dimensões Sociais das Desigualdades”, em 2008, o que permitiu a avaliação da validade desta versão do instrumento no Brasil ⁴⁵.

Entre os indicadores do estado de saúde inclui-se ainda o padrão e a duração do sono que constituem fatores importantes para a saúde e bem-estar dos indivíduos ¹. O sono de boa qualidade e em quantidade adequada atua na restauração diária, melhora o humor e pode prevenir acidentes, por ser benéfico para a memória e a concentração ¹³. Os padrões de sono curto (menor ou igual a 6 horas) e longo (maior ou igual a 9 horas), se associam, em formato U, com o aumento do risco de mortalidade por doenças cardíacas e por todas as causas ²⁰ e com a maior prevalência de hipertensão, diabetes, obesidade e depressão ¹². No Brasil, existem poucas pesquisas em base populacional sobre duração do tempo do sono e saúde ^{21,50}. Com dados do ISACamp 2008, Lima et al⁵⁰ apresentaram resultados inéditos no Brasil, sobre a duração do sono da população adulta e sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos e com doenças crônicas; ainda com dados desse inquérito foi elaborado estudo sobre a associação da duração do sono com o estado de saúde, avaliado pelas escalas do SF-36, que é o primeiro estudo que investiga essa questão no Brasil e o segundo, internacionalmente ⁵¹.

Essas novas modalidades de indicadores de saúde não derivam de fontes secundárias de dados. Inquéritos de base populacional representam os instrumentos mais adequados para a obtenção de informações sobre as várias dimensões do estado de saúde.

Um outro componente privilegiado pelas informações geradas de inquéritos é o constituído pelos comportamentos relacionados à saúde ou fatores de risco ou proteção para

doenças não transmissíveis. Entre eles, são focados com especial ênfase o tabagismo, a dependência de álcool, a atividade física/ sedentarismo e a qualidade da dieta. Segundo a Organização Mundial de Saúde ⁷⁷ no mundo todo, 8,7% das mortes podem ser atribuídas ao tabagismo, 5,5% à inatividade física, 4,8% ao sobrepeso e obesidade e 3,8% ao consumo excessivo de bebida alcoólica.

A prevalência de doenças referidas nos inquéritos domiciliares constitui outro tópico de grande relevância para os avanços no conhecimento do perfil de morbidade e para a gestão do sistema de saúde. As doenças crônicas correspondem a 72% das causas de morte no Brasil ¹⁶, exigem tratamentos de longa duração e podem promover múltiplas incapacidades principalmente se inadequadamente controladas. A política brasileira ao estabelecer as estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas coloca ênfase especial nas doenças circulatórias, nas respiratórias crônicas, no câncer e no diabetes ¹⁶. Estudos de validação da informação referida sobre doença crônica, confrontando-a com dados de registros e prontuários médicos, têm revelado que o grau de acurácia é distinto conforme a patologia pesquisada, a presença de comorbidades e as características sociais e demográficas do respondente ⁶⁴. Os inquéritos de base populacional de grande porte utilizam, usualmente, informação referida para as análises e vários autores têm mostrado a validade da informação referida para estudos de prevalência e, em especial, para as análises de associações ⁵².

Além de propiciar o estudo de diferentes dimensões do estado de saúde, de morbidades, de comportamentos e de uso de serviços de saúde, os inquéritos populacionais possibilitam a mensuração do grau e tendência das desigualdades sociais que existem em relação ao conjunto dos indicadores de saúde gerados.

3.3. Monitorando as desigualdades sociais em saúde

As investigações sobre as desigualdades sociais em saúde ganharam revigorada ênfase e novos enfoques à medida que métodos e técnicas de mensuração das disparidades foram melhor sistematizados ⁴⁴, que os objetos temáticos submetidos à análise de equidade foram largamente ampliados ^{14,70} e que as evidências produzidas revelaram desigualdades inaceitavelmente amplas e que atravessavam o conjunto do tecido social, não se restringindo à discriminação do segmento situado abaixo da linha de pobreza ^{19,25,65}. As análises das desigualdades sociais em saúde consubstanciaram parte significativa do desenvolvimento da Epidemiologia Social em suas diferentes correntes ⁴³. Além das iniquidades em saúde relacionadas aos estratos socioeconômicos e às frações de classe social, ganham foco e relevância as desigualdades em saúde reportadas às diferenças de gênero e de raça e etnia, entre outras ¹⁴. A iniciativa da OMS de estimular a criação de comissões sobre Determinantes Sociais em Saúde (DSS), nos diferentes países, processo que culminou com a realização da Conferência Mundial sobre DSS no Rio de Janeiro em 2011,

propiciou renovada discussão sobre teorias e conceitos e, em especial, sobre a necessidade da questão da iniquidade em saúde ser incorporada nas agendas políticas dos governos ^{25,57,65}.

A literatura aponta que a magnitude das desigualdades sociais varia com o tipo de problema de saúde avaliado, com os subgrupos demográficos submetidos à comparação, e que múltiplas variáveis culturais e de contexto influenciam, modelam e interagem com o efeito da dimensão socioeconômica na saúde¹⁰.

A apreensão das desigualdades em saúde segundo escolaridade, renda, atividade ocupacional, raça/cor e outras variáveis sociais, é viabilizada pelos inquéritos populacionais permitindo aprofundar o entendimento da complexa rede de determinação social e monitorar as magnitudes das distâncias que separam os segmentos sociais. A desigualdade dos padrões de saúde e de acesso a serviços segundo a condição de ser ou não filiado a planos privados de saúde remete, por sua vez, à atuação do SUS e ao seu efeito potencial na redução da iniquidade em saúde.

O monitoramento das desigualdades sociais em saúde que em décadas anteriores restringia-se às taxas de mortalidade amplia o espectro temático para incluir o perfil de morbidade e múltiplas dimensões do estado de saúde, a prevalência de fatores de risco de doenças crônicas e o acesso aos serviços de saúde. Para a análise da desigualdade social relativa a todos estes temas e ao amplo leque das dimensões do estado de saúde, os inquéritos de base populacional constituem a estratégia apropriada ^{6,62}.

Em relação aos comportamentos de saúde, a literatura internacional e nacional registra a dimensão das desigualdades presentes naqueles que constituem os principais fatores de risco para as doenças crônicas: tabaco, sedentarismo no lazer, dieta inadequada, obesidade e uso abusivo de álcool ¹⁶. Embora o Brasil apresente tendência de decréscimo na prevalência do tabagismo, o declínio mais intenso nos segmentos de melhor nível socioeconômico tende a ampliar as disparidades sociais nas doenças provocadas pelo tabagismo. As pesquisas evidenciam a presença de níveis mais elevados de dependência da nicotina e de prevalência do tabagismo nos grupos sociais mais excluídos e marginalizados⁴², situação também constatada em pesquisas brasileiras^{16,17}.

Resultados discrepantes têm sido publicados quanto à distribuição das prevalências de consumo e de dependência de álcool segundo níveis de escolaridade e renda. Os achados mais frequentes são de maior consumo no nível socioeconômico mais elevado e de maior prevalência de uso abusivo/dependência nos segmentos socialmente mais desfavorecidos ^{5,38,59}. Quanto à atividade física realizada em contexto de lazer, os estudos apontam maior prevalência nos estratos de melhor nível socioeconômico ^{17,79} e maior atividade física global, e nos domínios do trabalho, doméstica e de deslocamento são detectadas nos segmentos de menor nível socioeconômico ^{30,78}.

Também em relação aos hábitos alimentares, dietas de melhor qualidade são encontradas nos estratos mais favorecidos social e culturalmente ^{18,29,61}.

É reconhecido que parte substancial das diferenças sociais em morbidade e mortalidade decorre das diferenças no padrão de comportamentos relacionados à saúde⁴², o que enfatiza a necessidade de aprofundamento das investigações e da implementação de medidas de controle. Os comportamentos prejudiciais à saúde tendem a coexistir em subgrupos demográficos e sociais, tornando importante identificar as modalidades de associações para subsidiar o planejamento de intervenções mais abrangentes e efetivas.

Além da desigualdade em aspectos significativos do estilo de vida, os inquéritos viabilizam a detecção da magnitude e da tendência das disparidades nas prevalências das doenças e problemas de saúde. Considerando as morbidades mais prevalentes e com maior impacto na demanda de serviços de saúde e na qualidade de vida da população brasileira, dados da PNAD de 2008 apontam que todas as condições crônicas pesquisadas (doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite e cirrose) foram mais frequentes no estrato da população de menor nível de escolaridade, à exceção de neoplasia e tendinite/sinovite ⁹. Outras pesquisas realizadas no Brasil e em outros países constataam que as condições crônicas tendem a acometer mais intensamente as camadas de pior nível socioeconômico ^{45,68}. No quadro de morbidades destacam-se de forma relevante na atualidade os transtornos mentais e a obesidade. Os 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. As desigualdades sociais na prevalência de transtorno mental comum têm sido amplamente relatadas. Ludermir e Melo Filho ⁵⁴ verificaram aumento importante de TMC nos estratos de menor renda e escolaridade e residindo em moradias precárias.

A obesidade, por sua vez, tem apresentado intenso aumento da prevalência nas últimas décadas tornando-se um dos mais significativos problemas nutricionais da atualidade ^{16,17,36}. A prevalência de obesidade em adultos residentes nas capitais brasileiras varia de 11% em São Luís a 24% no Macapá, nos homens e de 12% em Belém a 22% em Porto Alegre, nas mulheres ¹⁷. Nos países desenvolvidos, é constatada maior prevalência do excesso de peso nos segmentos de menor nível socioeconômico e, no Brasil, os dados já detectam esse gradiente no sexo feminino ^{17,60}. Pesquisas tem constatado, inclusive, a concomitância de casos de desnutrição e de obesidade nas mesmas moradias ²⁸, confirmando a coexistência desses problemas nutricionais nos grupos em desvantagem social.

A desigualdade social no acesso e uso de serviços de saúde, detectada em inquéritos populacionais, revela-se diferenciada conforme o tipo de serviço demandado. Para alguns, a estruturação do SUS permitiu amplo acesso com forte impacto na redução das iniquidades; para

outros, persiste ainda nítido gradiente favorecendo os estratos sociais de maior escolaridade e renda. Estudo sobre a situação de saúde de idosos do município de Campinas (ISACamp 2008) revelou que embora os idosos de diferentes estratos de escolaridade vivam sob condições materiais muito distintas, e apresentem diferentes prevalências de comportamentos de saúde e de morbidades, vários indicadores de acesso a serviços de saúde e a medicamentos apresentam-se semelhantes entre os segmentos sociais ¹⁰. Idosos hipertensos e diabéticos dos diferentes estratos sociais apresentaram semelhantes taxas de uso de serviços de saúde e de medicamentos. Estudos focando outros segmentos etários e de gênero também tem detectado a relativa equidade no acesso a consultas e a medicamentos no município de Campinas ^{11,69}.

Em relação a práticas preventivas, estudo sobre a cobertura do Papanicolaou (ISACamp 2008) revelou que já não existem diferenças entre mulheres com plano privado de saúde e aquelas que são SUS dependentes, quanto ao percentual que realizou o exame nos últimos 3 anos, que realizou o exame como prática de rotina e que refere saber o resultado do exame ³. Essa equidade constatada no inquérito de 2008 não era realidade nos anos de 2001/2002 por ocasião do primeiro inquérito ². Situação distinta foi observada em relação à mamografia cuja cobertura persiste desigual em 2008 ³ apesar da ampliação da cobertura do exame verificada entre os dois inquéritos. Desigualdades sociais na realização dos exames de detecção de câncer de próstata também foram encontradas ⁴. Para algumas práticas preventivas, entretanto, como a vacinação de idosos, verifica-se gradiente inverso, com maior utilização pelos segmentos de menor nível socioeconômico que são os cobertos pelo SUS ³¹.

Os inquéritos revelam-se como a principal fonte de informação para o conhecimento e monitoramento de múltiplos aspectos das dimensões de saúde. Viabilizam detectar a magnitude dos principais problemas de saúde e das desigualdades sociais prevalentes. Tornam-se instrumentos essenciais para guiar a atuação dos planejadores de saúde fornecendo evidências para a seleção de programas e intervenções prioritárias além da avaliação das ações em curso ^{7,55,73,75}.

Nesta perspectiva, este projeto pretende analisar os principais eventos relacionados ao estado de saúde, morbidade, estilo de vida e uso de serviços, avaliando padrões, desigualdades e tendências por meio do desenvolvimento de um terceiro inquérito de saúde de base populacional no município de Campinas (ISACamp 2013).

4. Objetivos do projeto

- Monitorar o estado de saúde da população de Campinas, a prevalência de doenças crônicas, de comportamentos relacionados à saúde e de uso de serviços de saúde, (tendo por base os índices produzidos pelos ISACamp 2001/02 e 2008/09), propiciando subsídios para a avaliação e planejamento das ações da Secretaria Municipal de Saúde.

- Analisar a desigualdade social (de gênero, cor/raça e classe social) na prevalência de comportamentos não saudáveis (tabagismo, dependência de álcool, inatividade física e sedentarismo), de morbidades (transtorno mental comum, obesidade, hipertensão e diabetes e outras), de saúde e bem-estar, e de uso de serviços de saúde (incluindo práticas preventivas).
- Estudar a associação entre comportamentos, morbidades e uso de serviços de saúde.
- Avaliar a limitação, potencial e complementaridade de inquéritos de abrangência local/municipal, na conformação do componente de inquéritos domiciliares do sistema nacional de informação em saúde.

5. Material e Métodos

5.1. População do estudo e Processo Amostral

A população de estudo é constituída pelas pessoas residentes em domicílios particulares permanentes da área urbana do município de Campinas e que possuem 10 anos ou mais de idade. O município foi estratificado em cinco regiões: leste, noroeste, norte, sudoeste e sul, correspondentes aos Distritos de Saúde de Campinas.

Considerando o objetivo de estudar aspectos referentes a três subpopulações de Campinas, adolescentes, adultos e idosos, as populações dos grupos etários de 10 a 19 anos, de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais, constituíram domínios de estudo.

Para compor os estratos, os setores censitários do município (tipos 1 a 3, correspondentes, respectivamente, a área urbanizada, não urbanizada e área urbanizada isolada) foram agrupados por Distrito de Saúde, identificando-se aqueles setores que pertenciam a um único distrito e aqueles que pertenciam a dois ou mais distritos. O Censo de 2010 contabilizou 1937 setores censitários urbanos no município de Campinas. Desses, 1858 (95,9%) estavam totalmente incluídos em um dos distritos, ou seja, seus limites não ultrapassavam mais de um distrito e foram submetidos ao processo de amostragem.

Optou-se pelo sorteio de amostras de 1000 pessoas, para adolescentes e idosos, e de 1400 para adultos. Esperava-se com esses números de entrevistas, que os erros de amostragem para proporções de 0,50 com intervalos de confiança de 95%, e considerando efeitos de delineamento de 2, estivessem entre 3 e 4 (adultos) e entre 4 e 5 (idosos e adolescentes).

Foi planejada a obtenção de amostra estratificada, de conglomerados sorteados em dois estágios: setor censitário e domicílio.

No 1º. estágio, foram sorteados 70 setores censitários urbanos do município de Campinas, sendo 14 de cada Distrito de Saúde: leste, noroeste, norte, sudoeste e sul. Os setores foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios particulares permanentes contados no Censo de 2010.

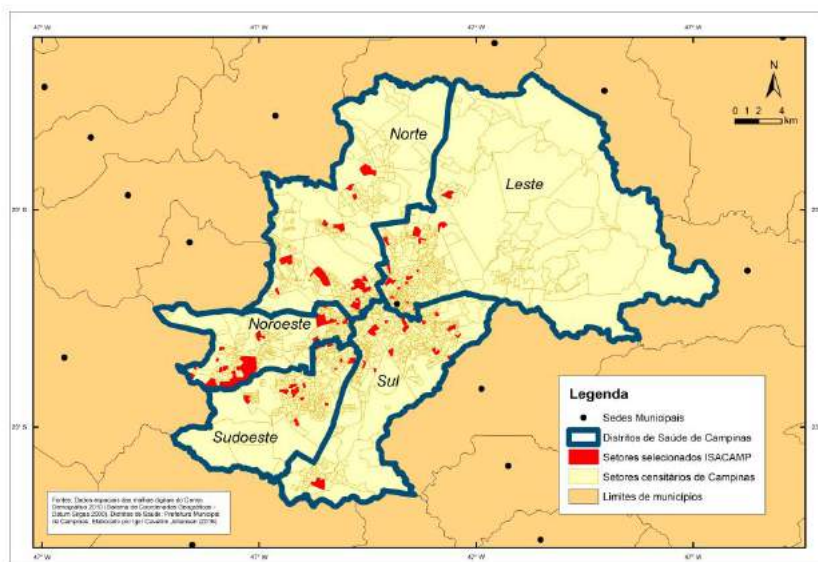
Nestes 70 setores sorteados foi feito o arrolamento para obter a listagem atualizada dos domicílios particulares existentes em cada um deles.

Para a realização do arrolamento, que teve como base as planilhas e listas de endereços disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, foi elaborado um manual de orientação. Pastas para cada setor continham a relação de endereços do setor, a delimitação do setor, o mapa de quarteirões e fotos do local obtidas do aplicativo “*Google Maps*”. O arrolamento foi feito pelos alunos envolvidos no projeto e por entrevistadores com experiência prévia no trabalho de campo. Dúvidas sobre setores mais difíceis foram discutidas com funcionários do IBGE tendo recebido grande apoio dos técnicos contatados. Esta etapa foi realizada em abril de 2013 com setores mais difíceis sendo checados novamente em outubro desse ano.

Com as planilhas atualizadas dos endereços dos 70 setores sorteados, procedeu-se à 2ª. etapa do processo amostral: o sorteio dos domicílios.

De cada um dos 70 setores foi sorteado um número de domicílios, para cada domínio de idade, de forma a garantir um número mínimo de entrevistas de adolescentes, de adultos e de idosos. Para calcular o número de domicílios necessários, foi calculada, a partir dos dados do Censo de 2010, a média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade. O número de domicílios que deveriam ser visitados para a realização das entrevistas foi obtido dividindo-se os tamanhos da amostra desejada de cada de grupo de idade em cada distrito pelas respectivas razões pessoas/domicílios.

Mapa 1. Localização dos setores censitários. ISACamp 2014/15.



No entanto, para que esses tamanhos de amostra fossem alcançados na presença da não resposta, foram sorteados números maiores de domicílios. As taxas previstas de não resposta

foram: 27% para adolescentes, 22% para adultos e 20% para idosos, segundo resultados verificados em inquérito anterior realizado em Campinas.

A amostragem foi realizada pela Dra. Maria Cecília Goi Porto Alves, pesquisadora do Instituto de Saúde da SES-SP e componente do grupo da pesquisa. Em cada domicílio sorteado, todas as pessoas que pertençam ao domínio sorteado (10 a 19 anos, 20 a 59, e 60 anos e mais) deveriam ser entrevistadas.

O mapa 1 apresenta a localização dos setores censitários sorteados segundo os Distritos de Saúde.

O quadro abaixo apresenta para cada domínio de idade o número de domicílios sorteados, o número de domicílios com sucesso no arrolamento dos moradores o que possibilitava identificar a presença ou não de residentes do domínio de idade para o qual o domicílio havia sido sorteado, o número de moradores existentes do domínio sorteado e o número final de entrevistas realizadas.

Quadro 1. Resultado do arrolamento dos domicílios, segundo domínio. ISACamp 2014/15.

Domínio	Domicílios sorteados	Domicílios com arrolamento bem-sucedido	Moradores do domínio sorteado	Entrevistados
Adolescente	2820	2619	1142	1023
Adulto	929	775	1426	1011
Idoso	2853	2657	1168	987
Total	5629	5185	3736	3021

5.2. Questionário: elaboração, conteúdo e adaptação para uso em *tablet*

A elaboração do questionário do ISACamp2014/15 tomou como ponto de partida o questionário utilizado no Inquérito ISACamp 2008/09. Para a reestruturação do questionário foram organizadas oficinas que revisaram tópicos específicos e analisaram, para cada tópico, as questões utilizadas em diferentes inquéritos nacionais e internacionais em especial: as questões utilizadas pelo VIGITEL (Brasil, 2011); pesquisa Mundial de Saúde (Szarcwald e Viacava, 2005); os suplementos de saúde das PNADs 2008; as utilizadas no BRFSS e no NHANES e em inquéritos realizados em países europeus (EUROHIS: Nosikov e Gudex, 2003).

As oficinas com discussões de temas específicos realizadas com pesquisadores convidados durante o segundo semestre de 2012, checavam cada um dos blocos do instrumento de coleta de dados, cobrindo: medicamentos (13/08), imunização (20/08), tópicos diversos (27/08), atividade física (31/08), acidentes e violência (3/09), práticas preventivas 10/09), sono (5/11, uso de serviços (12/11), saúde do idoso e saúde mental (12/11).

O conteúdo final do questionário foi estruturado em 13 blocos temáticos, discriminados a seguir:

Bloco A: Relação dos Moradores dos Domicílios Sorteados

Bloco B: Folha de Controle

Bloco C: Morbidade e Deficiências

- Bloco C1 – Morbidade em 2 Semanas
- Bloco C2 – Doenças Crônicas
- Bloco C3 – Problemas de Saúde – Queixas e Sintomas
- Bloco C4 – Deficiências

Bloco D: Acidentes e Violências

- Bloco D1 – Acidentes de Transito
- Bloco D2 – Quedas
- Bloco D3 – Outro Tipo de Acidente
- Bloco D4 – Violências

Bloco E: Saúde Emocional

Bloco F: Saúde e Bem-Estar

- Bloco F1 – Saúde e Bem-Estar
- Bloco F2 - Sentimento de Solidão e Satisfação com a Vida
- Bloco F3 – Capacidade Funcional

Bloco G: Uso de Serviços

- Bloco G1 – Consulta Médica
- Bloco G2 – Hospitalização e Cirurgias
- Bloco G3 – Planos de Saúde
- Bloco G4 – Conhecimento e Uso: SUS/Programa de Saúde da Família
- Bloco G5 – Uso de Serviços Odontológicos e Saúde Bucal

Bloco H: Práticas Preventivas

- Bloco H1 – Exame Preventivo/ Papanicolaou
- Bloco H2 – Mamografia e Exame das Mamas
- Bloco H3 – Câncer de Próstata
- Bloco H4 – Detecção de Câncer Colorretal

Bloco I: Imunização

- Bloco I 1 – Hepatite B
- Bloco I 2 – Rubéola
- Bloco I 3 – Gripe, pneumonia e tétano

Bloco J: Uso de Medicamentos

Bloco K: Comportamentos Relacionados à Saúde

- Bloco K1 – Prática de Atividade Física
- Bloco K2 – Consumo de Álcool
- Bloco K3 – Tabagismo
- Bloco K4 – Sono: duração e qualidade

Bloco L: Características Socioeconômicas

Bloco M: Características da Família e do Domicílio

A empresa “Kazap” foi contratada para desenvolver o Aplicativo “ISACamp 2014/15” para viabilizar a realização das entrevistas com o uso de *tablets*. Muitas reuniões (datas: 04/09, 01/10, 05/11, 21/11 e 11/12/2012), foram realizadas com os técnicos da empresa Kazap para obter a melhor adaptação possível. Em setembro de 2013 foi entregue para a empresa a primeira versão do questionário, já adaptado para o aplicativo e em novembro de 2013 o aplicativo foi liberado pela empresa para download nos *tablets* em versão piloto. A versão piloto foi testada por entrevistadores e alunos.

5.3. Trabalho de campo e banco de dados

Foi elaborado um manual de instrução para entrevistadores adaptando o utilizado no inquérito de 2008/09. Foi incluída no manual uma sessão relativa a orientações quanto ao uso de *tablets*. Foi preparado um programa de treinamento dos entrevistadores.

Iniciaram a primeira etapa do treinamento 28 pessoas interessadas em atuar como entrevistadores. Esta etapa incluiu 4 reuniões nas quais partes do questionário iam sendo apresentadas e discutidas. Após esse treinamento, os candidatos aplicaram 3 questionários, ainda em papel, em familiares, amigos ou conhecidos para melhor apropriação e domínio sobre o conteúdo do questionário. Na reunião de devolução dos questionários preenchidos foram discutidas as dúvidas e as observações e sugestões dos entrevistadores contribuíram para que fossem feitos alguns ajustes no questionário.

Para a segunda etapa de treinamento, foram selecionados 18 indivíduos que iniciaram em 08/11/14 a fase de treinamento com o *tablet*. Novamente, foram repassados em local de treino, agora com o *tablet*, todo o conteúdo da entrevista subdividido em partes. Ao final deste treinamento cada entrevistador precisou fazer 3 entrevistas com familiares ou conhecidos utilizando o *tablet*.

Um novo treinamento com 5 interessados foi realizado no segundo semestre de 2014 para substituição de entrevistadores que haviam saído da pesquisa.

Foi elaborado um folder para divulgação da pesquisa, que era entregue às pessoas que deveriam ser entrevistadas, e informava sobre os objetivos da pesquisa, o potencial de contribuição dos resultados e fazia um convite para a participação no estudo.

A realização da pesquisa foi divulgada pelo setor responsável da FCM-UNICAMP e, a seguir, entrevistas foram realizadas e divulgadas pela mídia do município, incluindo: Correio Popular, TV Record, Portal G1, Folha de Campinas entre outros. No site do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde - CCAS (<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ccas-centro-colaborador-em-analise-de-situacao-de-saude/isacamp/2013-2014/noticias-do-campo>) constam algumas das reportagens feitas e as fotos dos entrevistadores da pesquisa.

Em 03 de dezembro de 2013 a pesquisa de campo teve início, com a participação dos 18 entrevistadores selecionados e treinados e portando 15 *tablets*. A partir de 21 de janeiro de 2014 o Banco de Dados foi disponibilizado para consulta pela coordenação do projeto, através de Planilhas Excel via acesso ao site do Banco. Os entrevistadores faziam a sincronização dos dados todos os dias em que realizavam entrevistas de forma que o banco de dados ia sendo continuamente atualizado.

Para a verificação da consistência dos dados que iam sendo coletados pelos entrevistadores, e que iam alimentando o banco de dados, foram periodicamente avaliadas, com o uso do programa STATA 14.0, as frequências simples de variáveis selecionadas de cada bloco

temático. Foram também verificadas a coerência das estimativas segundo sexo e idade e a consistência entre respostas a diferentes questões. Também foram comparadas as prevalências de alguns eventos segundo entrevistador. Avaliou-se também a quantidade de “não resposta” às diferentes questões. Para estas checagens foram selecionadas algumas variáveis de cada bloco, que funcionaram como indicadores e foram sendo utilizados para avaliação do banco ao longo do período.

Algumas variáveis necessitaram de codificação. Os medicamentos foram codificados com o uso da ATC, classificação anatômica, terapêutica e química, a ocupação foi codificada pelo CBO- Código Brasileiro de Ocupação e as morbidades, problemas de saúde pela CID, Classificação Internacional de doenças.

Após a realização de todas as entrevistas, o banco de dados passou por uma avaliação de consistência, utilizando o programa Excel. Esta avaliação foi realizada pelos alunos de mestrado e doutorado do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP, que utilizarão dados do ISACamp em seus trabalhos. As inconsistências detectadas conduziram a correções no banco de dados.

6. Resultados

6.1 Características demográficas, socioeconômicas e de moradia.

Das 3.021 pessoas que fizeram parte da amostra e participaram do inquérito, 1.368 eram do sexo masculino e 1.653 do feminino; 1.023 eram adolescentes, 1.012 adultos e 986 idosos.

Segundo a escolaridade 8,4% dos indivíduos da população estudada tinham menos de 4 anos de estudo, 33,8% entre 4 a 8 anos, 33,8% entre 9 e 11 anos e 24,0% tinham 12 ou mais anos de estudo. Há nítida diferença do nível de escolaridade conforme o estrato de renda familiar per capita considerado: 58,9% das pessoas do estrato com 3 ou mais salários mínimos de renda familiar per capita tinham 12 ou mais anos de escolaridade enquanto esse percentual era de 9,8% naqueles com renda inferior a um salário mínimo (tabela 1).

Quanto à raça/cor 65,1% da população de Campinas com 10 ou mais anos de idade refere ser de cor branca, havendo significativa diferença do percentual de não brancos conforme o estrato de renda, atingindo 46,5% no grupo com renda familiar per capita inferior a um salário mínimo, e 17,1% na categoria de renda superior. Cerca de metade da população vive com cônjuge (50,3% de casados ou unidos), 36,2% são solteiros e 13,4% são separados ou viúvos. Quanto ao local de nascimento 45,8% eram naturais de Campinas e 27,5% eram nascidos em outros estados do país ou em outro país, sendo 21 pessoas procedentes de outro país. No segmento de menor renda,

30,2% são oriundos de outros estados ou outro país, sendo esse percentual de 19,0% no grupo de maior renda.

A análise da filiação religiosa também aponta diferenças sociais. O percentual de evangélicos é de 18,7% no segmento de renda mais elevada e de 40,6% no de renda inferior a um salário mínimo. Para a população de Campinas, com 10 ou mais anos de idade, tem-se 45,9% de católicos, 32,9% de evangélicos, 14,6% declaram não ter religião e 6,5% são de outra religião.

O número de moradores por domicílio é claramente superior no estrato de menor renda. Na população como um todo, 21,9% dos moradores de Campinas residem em domicílios com 1 ou 2 pessoas e 28,2% em moradias com 5 ou mais residentes. Das pessoas cuja renda familiar per capita é de 3 ou mais salários mínimos 4,9% apenas residem em domicílio com 5 ou mais moradores sendo esse percentual de 42,5% no grupo de renda inferior. Também em relação ao número de equipamentos disponíveis no domicílio, é observada significativa associação com os estratos de renda. No estrato de menor renda, 21,4% dos domicílios tem menos de 5 equipamentos, enquanto este percentual é de 2,4% no estrato de renda superior.

Com respeito a ser filiado a algum plano privado de saúde verificou-se que 45,3% das pessoas com 10 ou mais anos de idade de Campinas estão cobertas por algum plano de saúde privado sendo que 54,7% são SUS-dependentes. O percentual de dependentes do SUS aumenta de 18,3% na categoria de maior renda para 73,7% no segmento de renda inferior a um SM per capita (tabela 1).

As condições de moradia segundo estratos de renda familiar estão apresentadas na tabela 2. Da população do município com 10 ou mais anos de idade, 2,0% residem em barraco ou casa de cômodos, 11,2% em ruas sem pavimentação, 12,3% sem sarjetas, 2,8% sem iluminação pública e 1,6% sem água canalizada interna. Residem em domicílio próprio ou ainda em pagamento 68,4% dos indivíduos; 6,1% das casas tem até 3 cômodos e 25,8% tem 8 ou mais, tendo a maioria delas (68,6%) entre 4 a 7 cômodos. Nítidos gradientes sociais entre os estratos de renda são observados quanto a essas variáveis indicadoras de qualidade da moradia. Em relação à coleta seletiva de lixo e à percepção de exposição a contaminação ou poluição no ambiente de moradia, 60% da população relatou que separa o lixo reciclável do orgânico, com maior percentual no estrato de maior renda (81,8%) e 48,6% referiu que se sente exposto a algum tipo de poluição/contaminação. Os tipos de poluição/contaminação mais referidos foram: ar poluído (28,8%), poluição de veículos (18,0%), fumaça de queimada (13,6%) e água contaminada (8,1%).

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas da população de Campinas, segundo segmentos de renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.

Variáveis	n	Total	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p
			<1	1 – 3	3 ou mais	
Sexo						
Masculino	1357*	47,5	44,3	50,0	48,0	0,0648
Feminino	1652	52,4	55,6	50,0	51,9	
Grupos etários						
10-19	1019	15,2	23,6	11,9	3,1	0,0000
20-39	543	39,9	40,5	37,9	41,1	
40-59	462	29,6	24,5	32,2	35,2	
60 e mais	985	15,6	11,2	17,9	20,4	
Escolaridade (em anos)						
0 - 3	427	8,4	11,1	7,9	2,7	0,0000
4 - 8	1268	33,8	44,6	30,8	13,2	
9 – 11	929	33,8	34,4	35,6	25,2	
12 e +	383	24,0	9,8	25,7	58,9	
Raça/cor						
Branca	1893	65,1	53,4	69,6	82,9	0,0000
Não branca	1114	34,8	46,5	30,4	17,1	
Situação conjugal						
Casado/unido	1155	50,3	46,8	51,7	55,2	0,0852
Solteiro	1326	36,2	40,3	34,6	30,2	
Separado/viúvo	525	13,4	12,8	13,6	14,5	
Naturalidade						
Campinas	1480	45,8	47,3	44,7	45,8	0,0461
Outro município de SP	776	26,6	22,4	27,5	35,0	
Outro estado ou outro país	751	27,5	30,2	27,7	19,0	
Religião						
Católica	1424	45,9	40,9	49,6	47,0	0,0000
Evangélica	1017	32,9	40,6	30,6	18,7	
Outras	162	6,5	4,2	5,3	17,9	
Sem religião	404	14,6	14,2	14,4	16,3	
Número de moradores						
1 a 2	728	21,9	7,4	24,3	55,0	0,0000
3 a 4	1400	49,8	49,9	52,3	40,0	
5 ou mais	881	28,2	42,5	23,2	4,9	
Número de equipamentos						
1 a 4	408	11,9	21,4	6,9	2,4	0,0000
5 a 9	1725	57,1	61,0	57,9	42,3	
10 ou mais	858	31,0	17,5	35,2	54,6	
Plano de saúde						
Sim	1242	45,3	26,2	50,6	81,6	0,0000
Não	1766	54,6	73,7	49,4	18,3	

*Foram excluídas 12 pessoas que não responderam a questão referente à renda.

Verificou-se que 97,7% dos domicílios têm televisão a cores, 99,3% têm geladeira, 86% têm máquina de lavar roupa 94,6% têm telefone celular, 65,8% têm telefone fixo, 58,5% têm computador sendo que 77,2% tem computador ou laptop. Existe significativa diferença de posse da maior parte desses equipamentos em relação ao estrato de renda familiar. Têm acesso à internet 76,1% dos domicílios, também com significativa desigualdade entre os estratos de renda. Observou-se comparando-se com dados da pesquisa anterior (realizada em 2008/2009), uma tendência a redução do percentual de domicílios com telefone fixo em todos os estratos de renda, enquanto a posse de telefone celular foi democratizada atingindo 93,8% dos entrevistados do estrato inferior de renda, não tendo sido pesquisado o tipo de aparelho celular. Entre os dois inquéritos constata-se também, em especial no segmento de pior renda, aumento importante do percentual que passou a ter forno de micro-ondas (de 47,1% para 75,2%) e máquina de lavar roupa (de 59,1% para 77,8%) (tabela 2).

Tabela 2 - Condições da moradia segundo segmentos de renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.

Variáveis	n	Total	Renda familiar <i>per capita</i> (em			p
			<1	1 - 3	3 e mais	
Domicílio e redondezas (%)						
Barraco/casa de cômodos	269	2,0	3,5	1,6	0,0	0,0194
Sem pavimentação	358	11,2	20,9	6,6	0,2	0,0000
Sem sarjetas	390	12,3	23,1	6,9	0,8	0,0000
Sem iluminação pública	91	2,8	4,8	1,9	0,9	0,0117
Sem água canalizada interna	44	1,6	2,0	1,8	0,0	0,3113
Domicílio						
Próprio ou próprio pagando	2182	68,4	64,3	68,1	81,3	0,0019
Alugado	508	21,5	19,3	24,9	14,8	
Cedido ou outros	305	10,1	16,3	6,9	3,8	
Nº de cômodos						
Até 3	165	6,1	9,3	4,8	1,5	0,0000
4 a 7	2125	68,6	75,8	67,6	51,0	
8 ou mais	706	25,8	14,8	27,4	47,4	
Nº de banheiros						
1	1823	61,1	73,1	58,0	37,6	0,0000
2 ou mais	1165	38,9	26,8	41,9	62,4	
Separa lixo reciclável de orgânico						
	1768	60,0	45,6	65,5	81,8	0,0000
Acha que está exposto a algum tipo de contaminação ou poluição						
	1278	48,6	47,5	48,31	53,2	0,6794
Tem acesso à internet						
	2083	76,1	65,7	79,9	91,7	0,0000
Possui equipamentos						
Televisão	2922	97,7	96,7	98,3	98,9	0,1013
Geladeira	2959	99,3	99,1	99,3	99,8	0,2993
Freezer	573	19,3	11,5	21,8	32,4	0,0000
Máquina de lavar roupa	2553	86,0	77,8	89,7	96,1	0,0000
Forno de micro-ondas	2450	83,1	75,2	87,3	90,2	0,0003
Máquina de lavar louça	227	7,6	5,0	7,3	16,6	0,0012
Aparelho de ar condicionado	207	7,8	3,9	5,0	29,6	0,0000
Telefone fixo	1993	65,8	47,1	75,1	85,4	0,0000
Telefone celular	2727	94,6	93,8	94,4	97,8	0,0366
Câmera digital	1466	54,7	41,9	58,5	77,6	0,0000
Computador	1654	58,5	53,1	62,0	60,9	0,0878
<i>Laptop/tablet</i>	1316	50,6	36,8	54,5	75,9	0,0000
Computador ou <i>lap top</i>	2126	77,2	67,8	80,9	91,1	0,0000

6.2 Estado de saúde da população de Campinas: segundo idade, sexo e renda.

Entre os indicadores de saúde pesquisados foi incluída a presença de problema de saúde nas duas semanas prévias à entrevista. Verificou-se que 20,9% dos moradores de Campinas com 10 anos ou mais de idade relataram ter apresentado algum problema de saúde nas duas semanas prévias à entrevista (tabela 3). A prevalência tendeu a ser maior no sexo feminino atingindo valor significativamente superior ao dos homens no grupo dos idosos ($p=0,0141$). No sexo feminino, as prevalências diferem entre os grupos etários, o que não ocorre no masculino.

Segundo categorias de renda familiar per capita, no conjunto da população, no sexo masculino e nos indivíduos com 60 anos ou mais, a prevalência de problema de saúde nas duas últimas semanas foi significativamente menor no segmento com renda maior ou igual a 3 salários mínimos (tabela 4). Entre os que apresentaram algum problema de saúde, 39,4% tiveram alguma limitação de atividades diárias provocadas por esse problema e o percentual foi semelhante entre os sexos e entre as faixas etárias (dados não apresentados em tabela).

Para o conjunto da população de Campinas de 10 anos ou mais de idade, 8,2% tiveram alguma limitação das atividades usuais nas duas semanas que antecederam a entrevista por conta de algum problema de saúde e o percentual não difere entre os grupos etários (tabela 5).

A pesquisa avaliou também a presença de um conjunto de doenças crônicas que teriam sido diagnosticadas por médico e um conjunto de problemas de saúde relacionados a queixas ou sintomas. Na população de 10 anos ou mais de Campinas, as doenças crônicas mais prevalentes foram: hipertensão, doença de coluna, doenças reumáticas, diabetes, tendinite, asma e doença do coração (tabela 6). As prevalências das doenças, com exceção de bronquite/enfisema e neoplasias/tumor, tendem a ser mais elevadas nas mulheres, sendo significativamente superior para hipertensão, doença de coluna, reumatismo/artrite/artrose, tendinite/LER/DORT, osteoporose (figura 1). Nos homens com 60 anos ou mais de Campinas 53,9% são hipertensos, 25,1% diabéticos, 17,9% tem alguma doença do coração e 20,3% tem reumatismo ou artrose, sendo que essas prevalências nas mulheres são respectivamente: 62,3%, 27,0%, 15,7% e 37%. Ainda entre as mulheres dessa idade 21% referiram ter osteoporose (tabela 6). Com exceção de bronquite, enfisema e asma, a prevalência das doenças aumenta com a idade atingindo os maiores valores nos idosos (figura 2). As figuras 3 e 4 apresentam as prevalências de hipertensão e diabetes segundo idade e sexo.

A ocorrência dessas doenças segundo categorias de renda familiar é apresentada na tabela 7 e as razões de prevalências ajustadas por sexo e idade encontram-se na figura 5. Diferenças significativas entre grupos de renda são verificadas apenas para diabetes (mais elevada no estrato de menor renda) e neoplasias com prevalência maior no grupo de maior renda. No sexo

masculino, a prevalência de enfisema ou bronquite é menor no estrato de renda superior e a de asma diminui com a redução da renda. No sexo feminino diferença significativa entre estratos de renda é verificada apenas na prevalência de diabetes.

Quanto às queixas e sintomas, os mais referidos foram: dor nas costas (34,2%), problema emocional (33,4%), dor de cabeça (31,0%), alergia (23,1%) e insônia (20,3%) (tabela 8). As prevalências de todos os problemas de saúde estudados foram significativamente maiores nas mulheres (figura 6). A maior parte dos problemas é crescente com a idade enquanto alergia e dor de cabeça são mais frequentes nos mais jovens e os problemas emocionais atingem com prevalência similar os diferentes grupos etários (figura 7). Dores de cabeça, dor nas costas e tonturas ou vertigem foram queixas mais prevalentes na categoria de menor renda (tabela 9 e figura 8).

As deficiências físicas foram referidas por 3,0% dos homens e 1,3% das mulheres, as deficiências auditivas atingem 8,1% e os problemas visuais 44% dos homens e 54,6% das mulheres. As prevalências de cegueira de um ou de dois olhos foram menores de 0,1% (0,08% para cegueira de um olho e 0,009% para cegueira dos dois olhos). A frequência de deficiências aumenta muito com a idade. Entre os homens de 60 anos ou mais, 4,6% tem deficiência física, 24,8% tem deficiência auditiva e 81,4% tem deficiência visual (tabela 10). Segundo categorias de renda (tabela 11), a prevalência de deficiência física diminui nos estratos de maior renda, sendo 2,7% nos indivíduos com renda menor do que 1 salário mínimo, e 0,9% naqueles com renda familiar per capita superior a 3 salários. Por outro lado, o relato de algum grau de deficiência visual aumenta com o aumento da renda.

Prótese dentária é utilizada por 69,3% dos homens idosos e 79,1% da população idosa feminina. Bengalas ou andadores são utilizados por 5,3% dos homens idosos e 5,2% das idosas (tabela 12). Óculos ou lentes e aparelhos auditivos são mais utilizados em indivíduos situados no estrato de renda superior (tabela 13).

A ocorrência de acidente de trânsito nos últimos 12 meses atingiu 5% das pessoas, com incidência maior nos homens e na faixa de 20 a 39 anos (tabela 14 e figura 9). As quedas apresentaram um percentual de 12,8%, sendo que nos homens o maior percentual encontra-se entre os adolescentes, e nas mulheres, entre aquelas com 60 anos ou mais. Sofreram queda nos 12 meses prévios à entrevista 21% das mulheres e 12% dos homens com 60 anos ou mais (figura 10). Das quedas de adolescentes do sexo masculino 19,8% limitaram as atividades diárias e 27% necessitaram de assistência médica enquanto que entre as quedas de homens idosos 25,5% provocaram limitações e 45,4% necessitaram de atenção médica (dados não apresentados em tabelas).

Tabela 3 - Prevalência (em %) de problemas de saúde nas últimas 2 semanas segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade (em anos)			p**
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	18,9	19,0	18,5	20,3	0,8189
Feminino	22,9	23,7	21,5	27,7	0,0384
p*	0,0639	0,0592	0,3026	0,0141	
Total	20,9	21,3	20,1	24,5	0,1252

*Valores de p comparando sexo

**Valores de p comparando idade

Tabela 4 - Prevalência de problemas de saúde (morbidade) nas últimas 2 semanas segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variáveis	Renda familiar per capita (em SM)			p*	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
	(1)	(2)	(3)			
Sexo						
Masculino	20,8	19,8	11,4	0,1539	0,93 (0,66-1,31)	0,53 (0,28-1,01)
Feminino	23,3	23,2	20,0	0,7534	1,02 (0,79-1,32)	0,87 (0,56-1,33)
Idade						
10-19	22,9	19,8	8,3	0,1408	0,86 (0,68-1,10)	0,37 (0,08-1,53)
20 - 59	21,3	20,6	16,0	0,4898	0,97 (0,71-1,34)	0,75 (0,47-1,22)
60 e mais	26,1	26,3	16,7	0,0276	1,02 (0,79-1,33)	0,66 (0,47-0,92)
Total	22,2	21,5	15,9	0,1726	0,98 (0,79-1,20)	0,72 (0,49-1,04)

*Valores de p comparando problemas de saúde segundo renda per capita.

Tabela 5 - Prevalência de limitações por problemas de saúde nas últimas duas semanas, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	7,1	7,5	6,9	7,9	0,8281
Feminino	9,2	8,6	8,9	11,2	0,3518
Total	8,2	8,0	7,9	9,8	0,3458

*p>0,05 nas diferenças entre os sexos.

Tabela 6- Prevalência de doenças crônicas segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	N	Total	Idade				P
			10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino							
Hipertensão	291	17,3	1,6	3,5	27,9	53,9	0,0000
Diabetes	127	7,5	0,4	1,4	11,6	25,1	0,0000
Doença do coração	100	5,9	1,0	2,6	7,5	17,9	0,0000
Reumatismo/artrite/artrose	90	5,1	0,2	1,2	5,9	20,3	0,0000
Osteoporose	20	0,8	0,0	0,0	0,7	4,6	0,0002
Asma	108	7,0	13,2	7,4	4,9	3,1	0,0200
Bronquite/enfisema	36	2,3	3,1	1,2	3,2	2,5	0,1163
Tendinite/LER	47	4,9	0,4	2,5	10,9	4,8	0,0000
Doença de coluna	156	11,9	2,5	5,7	19,4	25,7	0,0000
Neoplasias, tumor	41	2,2	0	7,2	2,5	8,2	0,0000
Feminino							
Hipertensão	482	21,9	1,3	5,5	29,3	62,3	0,0000
Diabetes	202	8,2	0,9	2,3	8,4	27,0	0,0000
Doença do coração	128	6,3	1,6	3,9	6,2	15,7	0,0000
Reumatismo/artrite/artrose	260	11,0	0,8	2,1	12,6	37,0	0,0000
Osteoporose	139	5,1	0,2	1,1	3,3	21,0	0,0000
Asma	127	7,5	8,6	8,6	5,7	7,2	0,2943
Bronquite/enfisema	41	2,0	2,4	1,7	1,5	3,2	0,5484
Tendinite/LER	123	9,8	1,5	6,1	19,5	8,1	0,0000
Doença de coluna	285	18,0	4,7	12,7	23,8	30,8	0,0000
Neoplasias, tumor	66	3,3	0	8,3	4,4	9,6	0,0000
Total							
Hipertensão	773	19,7	1,4	4,5	28,6	58,7	0,0000
Diabetes	329	7,8	0,6	1,8	9,9	26,2	0,0000
Doença do coração	228	6,1	1,3	3,3	7	16,6	0,0000
Reumatismo/artrite/artrose	350	8,1	0,5	1,6	9,4	29,2	0,0000
Osteoporose	159	3,0	0,1	0,6	2,1	14,1	0,0000
Asma	235	7,3	10,9	8	5,3	5,4	0,0228
Bronquite/enfisema	77	2,1	2,8	1,4	2,3	2,9	0,2962
Tendinite/LER	170	7,5	0,9	4,3	15,5	6,7	0,0000
Doença de coluna	441	15,1	3,6	9,3	21,8	28,6	0,0000
Neoplasias, tumor	107	2,7	0	7,8	3,5	9,0	0,0000

Eventos violentos atingiram 10,2% dos moradores de Campinas e o percentual diminuiu com o aumento da idade (tabela 15). Na faixa etária dos 40 aos 59 anos, a prevalência de relato de ter sofrido algum tipo de violência foi significativamente maior no estrato de maior renda, sendo 6,7% nos indivíduos com renda menor do que 1 salário mínimo e 17,2% naqueles com renda superior a 3 salários (tabela 16).

Utilizando o instrumento SRQ-20, e considerando ter transtorno mental comum os indivíduos com pontuação de 8 pontos e mais verificou-se que a prevalência foi mais elevada no sexo feminino em todos os grupos etários (tabela 17 e figura 11). O percentual de transtornos mentais comuns foi de 18,1% no segmento de menor renda, e 5,5% no de renda superior (tabela 18 e figura 12).

A prevalência de saúde auto avaliada como não boa (incluindo regular, ruim ou muito ruim) foi de 19,5%, sendo maior no sexo feminino e aumentando com o avanço da idade (tabela 19 e figura 13). A prevalência de saúde regular/ruim no sexo feminino é menor no estrato de nível superior de renda (tabela 20 e figura 14).

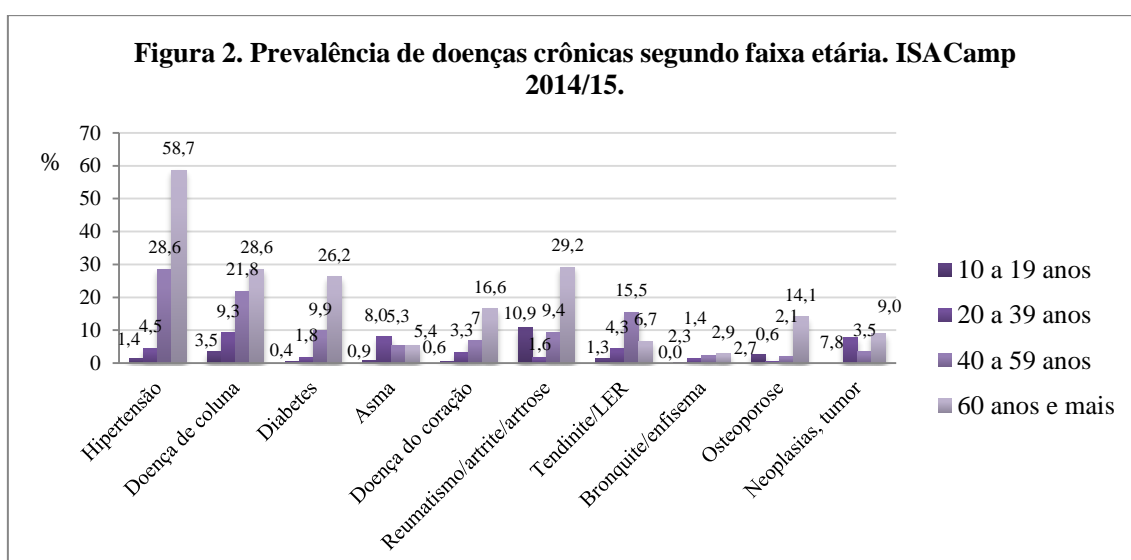
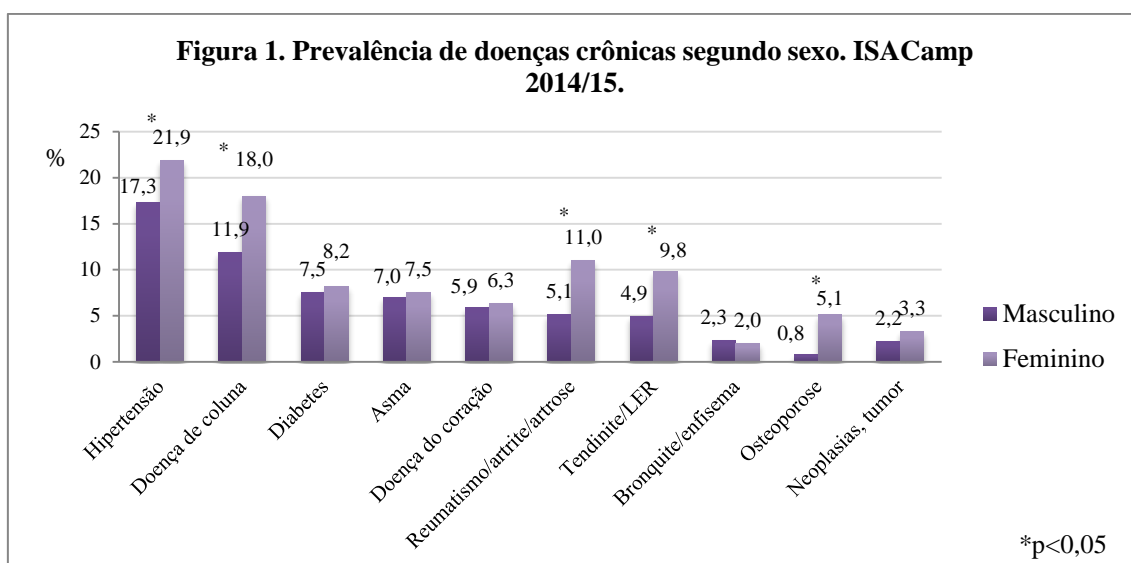


Figura 3. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.

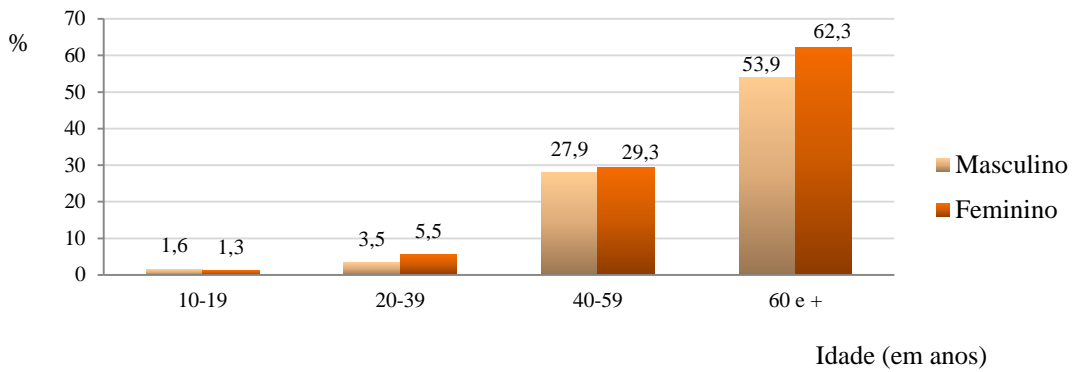


Figura 4. Prevalência de diabetes mellitus segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.

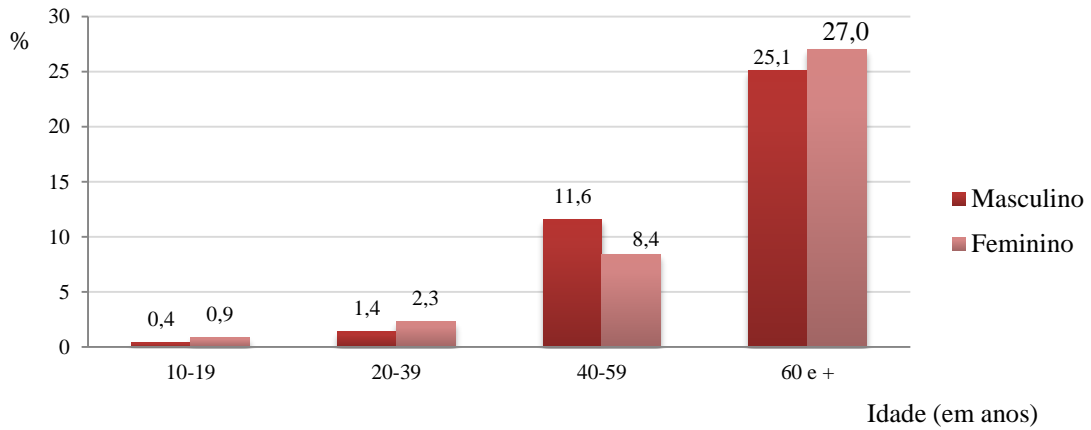


Figura 5. Razão de prevalência de doenças crônicas segundo renda. ISACamp 2014/15.

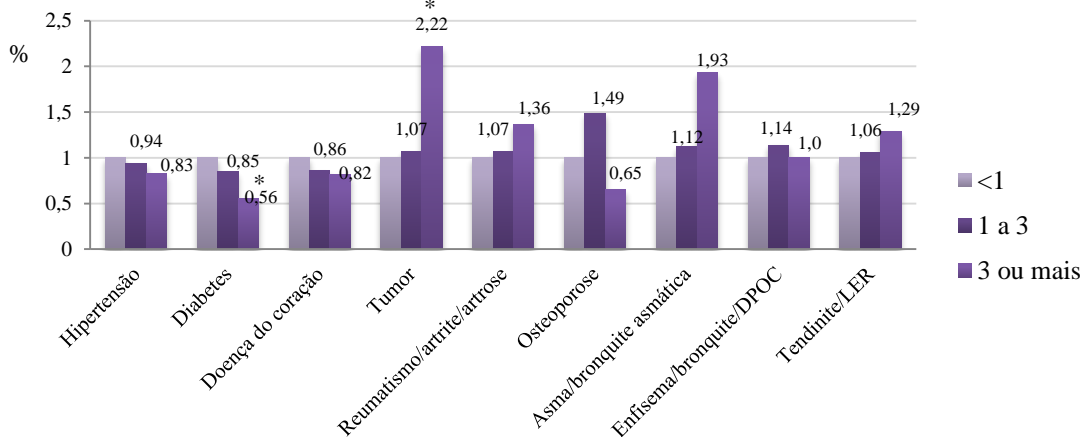


Tabela 7 - Prevalência de doença crônica segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.

Presença de doença crônica	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP (IC) ajustada por idade e sexo	
	<1	1 – 3	3 ou +		2/1	3/1
	(1)	(2)	(3)			
Masculino						
Hipertensão	14,3	18,3	21,9	0,1164	0,98 (0,74-1,31)	0,94 (0,64-1,39)
Diabetes	7,4	7,4	7,8	0,9823	0,75 (0,48-1,19)	0,63 (0,32-1,26)
Doença do coração	5,7	5,6	6,6	0,9166	0,77 (0,46-1,30)	0,75 (0,36-1,62)
Tumor	1,6	2,0	3,9	0,2332	-	-
Reumatismo/artrite/artrose	3,7	4,8	9,4	0,0562	0,93 (0,50-1,72)	1,46 (0,63-3,40)
Osteoporose	0,5	1,2	0,2	0,1040	-	-
Asma/bronquite asmática	5,2	7,1	11,5	0,2373	1,66 (0,92-3,00)	3,24 (1,31-8,06)
Enfisema/bronquite/DPOC	2,2	2,8	0,2	0,0221	1,30 (0,71-2,36)	0,10 (0,01-0,84)
Tendinite/LER	4,2	4,9	6,9	0,5595	1,00 (0,53-1,88)	1,15 (0,45-2,95)
Feminino						
Hipertensão	18,7	25,0	20,2	0,0472	0,93 (0,76-1,14)	0,75 (0,55-1,01)
Diabetes	7,2	9,9	5,0	0,0430	0,96 (0,64-1,44)	0,48 (0,23-0,86)
Doença do coração	5,6	6,7	6,4	0,8264	0,95 (0,55-1,65)	0,88 (0,36-2,18)
Tumor	2,8	2,8	6,2	0,1065	0,69 (0,33-1,44)	1,50 (0,66-3,42)
Reumatismo/artrite/artrose	7,7	12,7	14,9	0,0057	1,13 (0,76-1,67)	1,30 (0,83-2,04)
Osteoporose	3,2	7,0	3,5	0,0005	1,48 (0,97-2,26)	0,72 (0,0-1,31)
Asma/bronquite asmática	7,9	6,3	10,1	0,3459	0,84 (0,58-1,22)	1,34 (0,59-3,04)
Enfisema/bronquite/DPOC	1,7	1,7	3,5	0,5363	0,99 (0,48-2,02)	2,09 (0,28-15,8)
Tendinite/LER	7,7	10,6	13,2	0,1535	1,10 (0,72-1,66)	1,36 (0,74-2,51)
Total						
Hipertensão	16,8	21,7	21,0	0,0536	0,94 (0,79-1,13)	0,83 (0,66-1,04)
Diabetes	7,3	8,6	6,3	0,3660	0,85 (0,61-1,19)	0,56 (0,35-0,91)
Doença do coração	5,7	6,2	6,5	0,8871	0,86 (0,56-1,31)	0,82 (0,44-1,53)
Tumor	2,3	2,4	5,1	0,0319	1,07 (0,60-1,91)	2,22 (1,17-4,20)
Reumatismo/artrite/artrose	5,9	8,7	12,3	0,0045	1,07 (0,76-1,51)	1,36 (0,92-2,02)
Osteoporose	2,0	4,1	1,9	0,0009	1,49 (0,99-2,24)	0,65 (0,37-1,16)
Asma/bronquite asmática	6,7	6,7	10,8	0,2868	1,12 (0,78-1,61)	1,93 (0,92-4,08)
Enfisema/bronquite/DPOC	1,9	2,2	1,9	0,8825	1,14 (0,71-1,83)	1,00 (0,15-6,88)
Tendinite/LER	6,2	7,8	10,2	0,1943	1,06 (0,75-1,49)	1,29 (0,73-2,30)

Tabela 8 - Prevalência de problemas de saúde segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	n	Total	Idade				p
			10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino							
Dor de cabeça	284	20,0	30,0	21,4	17,6	9,4	0,0000
Dor nas costas	351	29,4	15,4	28,0	37,0	33,6	0,0011
Alergia	263	18,8	26,7	19,9	16,4	11,8	0,0073
Problema emocional	370	26,3	29,2	23,8	29,2	24,2	0,2677
Tontura/vertigem	146	7,9	9,5	4,3	8,0	16,1	0,0000
Insônia	213	16,2	10,0	11,6	23,5	21,7	0,0008
Problema urinário	69	3,8	1,4	1,4	4,8	11,3	0,0001
Feminino							
Dor de cabeça	604	41,0	49,3	45,3	43,6	20,2	0,0000
Dor nas costas	609	38,7	27,3	34,4	45,8	45,0	0,0003
Alergia	414	27,1	28,3	29,8	25,1	23,7	0,2463
Problema emocional	645	39,9	40,1	38,9	42,4	37,9	0,6874
Tontura/vertigem	324	19,5	16,3	18,5	21,0	21,9	0,4523
Insônia	409	24,1	13,4	18,5	29,9	35,7	0,0000
Problema urinário	251	14,1	8,2	15,6	9,1	24,2	0,0003
Total							
Dor de cabeça	892	31,0	39,5	33,4	31,4	15,6	0,0000
Dor nas costas	962	34,3	21,3	31,3	41,7	40,2	0,0000
Alergia	677	23,1	27,5	24,9	21,0	18,6	0,0103
Problema emocional	1018	33,4	34,5	31,4	36,2	32,1	0,3055
Tontura/vertigem	470	14,0	12,9	11,5	14,9	19,4	0,0082
Insônia	623	20,3	11,7	15,1	26,9	29,7	0,0000
Problema urinário	322	9,1	4,7	8,6	7,1	18,7	0,0000

Figura 6. Prevalência de problemas de saúde segundo sexo*. ISACamp 2014/15.

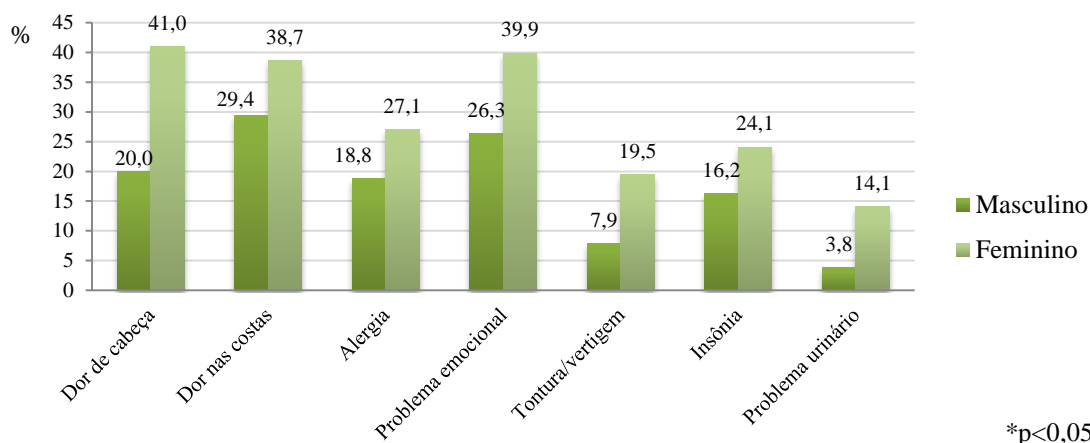


Figura 7. Prevalência de problemas de saúde segundo faixa etária. ISACamp 2014/15.

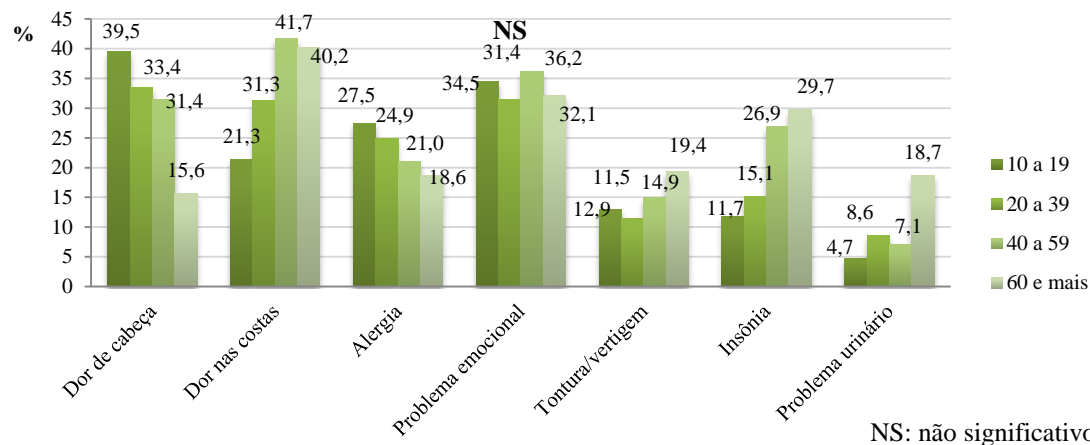


Figura 8. Prevalência de problemas de saúde segundo renda. ISACamp 2014/15.

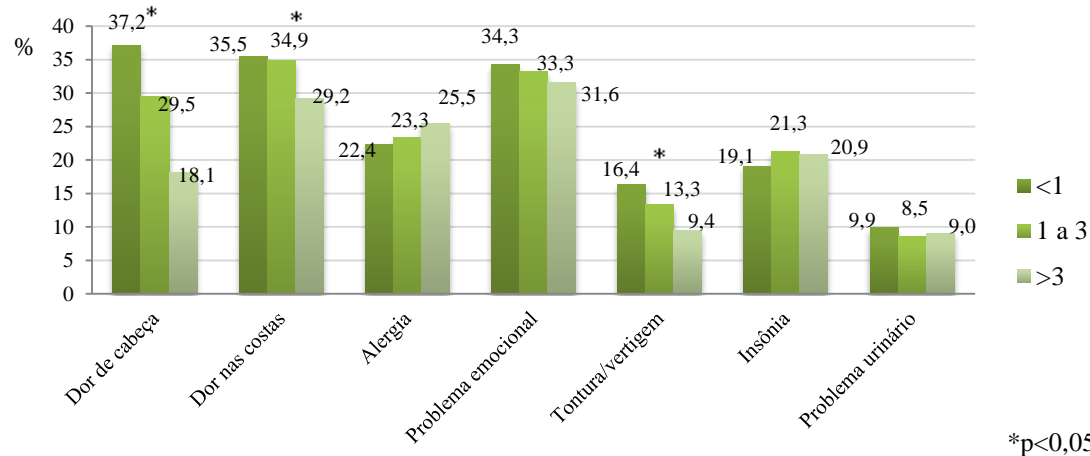


Tabela 9 - Prevalência de problemas de saúde segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.

Problemas de saúde	Renda familiar per capita (em SM)			P	RP ajustada por sexo e idade	
	<1	1 – 3	3oum		(2/1)	(3/1)
	(1)	(2)	(3)			
Masculino						
Dor de cabeça	26,0	18,9	7,4	0,0012	0,79 (0,57-1,09)	0,33 (0,15-0,72)
Dor nas costas	31,2	30,5	20,6	0,1660	0,89 (0,68-1,16)	0,56 (0,33-0,92)
Alergia	17,0	19,8	21,5	0,5430	1,28 (0,93-1,77)	1,51 (0,88-2,59)
Problema emocional	28,4	27,3	17,7	0,1625	0,97 (0,73-1,29)	0,62 (0,35-1,11)
Tontura/vertigem	10,2	7,1	4,6	0,0711	0,69 (0,42-1,05)	0,41 (0,42-1,05)
Insônia	15,9	16,8	15,5	0,9356	0,97 (0,68-1,40)	0,81 (0,39-1,69)
Problema urinário	4,4	3,6	1,9	0,3819	0,66 (0,32-1,37)	0,30 (0,12-0,75)
Feminino						
Dor de cabeça	46,1	40,1	28,0	0,0157	0,92 (0,76-1,11)	0,65 (0,42-0,98)
Dor nas costas	38,5	39,3	37,1	0,9067	0,95 (0,78-1,14)	0,88 (0,68-1,14)
Alergia	26,7	26,7	29,2	0,8879	1,04 (0,79-1,36)	1,13 (0,76-1,67)
Problema emocional	39,0	39,3	44,5	0,6209	1,00 (0,82-1,23)	1,14 (0,87-1,51)
Tontura/vertigem	21,3	19,5	13,7	0,2418	0,87 (0,67-1,14)	0,61 (0,32-1,15)
Insônia	21,6	25,8	25,9	0,3657	1,05 (0,84-1,30)	1,04 (0,70-1,55)
Problema urinário	14,2	13,4	15,6	0,8250	0,90 (0,63-1,28)	0,98 (0,56-1,71)
Total						
Dor de cabeça	37,2	29,5	18,1	0,0002	0,88 (0,72-1,06)	0,54 (0,36-0,81)
Dor nas costas	35,5	34,9	29,2	0,3165	0,93 (0,77-1,11)	0,74 (0,58-0,95)
Alergia	22,4	23,3	25,5	0,7111	1,12 (0,91-1,37)	1,25 (0,88-1,77)
Problema emocional	34,3	33,3	31,6	0,8244	0,99 (0,81-1,21)	0,94 (0,72-1,23)
Tontura/vertigem	16,4	13,3	9,4	0,0529	0,80 (0,64-1,01)	0,55 (0,31-0,97)
Insônia	19,1	21,3	20,9	0,5811	1,01 (0,83-1,22)	0,95 (0,67-1,34)
Problema urinário	9,9	8,5	9,0	0,6815	0,83 (0,59-1,16)	0,82 (0,49-1,35)

Tabela 10 - Prevalência de deficiências segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	n	Total	Idade				P
			10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino							
Deficiência física	40	3,0	0,7	1,1	6,0	4,6	0,0004
Deficiência auditiva	146	8,7	3,2	4,5	9,9	24,8	0,0000
Deficiência visual	627	44,0	22,1	25,4	64,3	81,4	0,0000
Feminino							
Deficiência física	41	1,3	0,6	0,0	1,4	4,9	0,0000
Deficiência auditiva	164	7,6	3,5	4,2	6,6	20,2	0,0000
Deficiência visual	926	54,6	27,5	35,5	76,6	81,3	0,0000
Total							
Deficiência física	81	2,2	0,7	0,6	3,6	4,8	0,0000
Deficiência auditiva	310	8,1	3,4	4,4	8,2	22,1	0,0000
Deficiência visual	1553	49,5	24,7	30,5	70,8	81,3	0,0000

Tabela 11 -Prevalência de deficiências segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.

Deficiências	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			P	RP ajustada por sexo e idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
	(1)	(2)	(3)			
Masculino						
Deficiência física	4,2	2,5	1,5	0,3304	0,50 (0,21-1,23)	0,25 (0,44-1,44)
Deficiência auditiva	7,4	9,0	11,3	0,4299	1,01 (0,64-1,60)	1,09 (0,54-2,18)
Deficiência visual	33,3	50,1	50,4	0,0001	1,34 (1,16-1,55)	1,19 (0,94-1,51)
Feminino						
Deficiência física	1,5	1,4	0,4	0,3088	0,63 (0,28-1,39)	0,19 (0,04-0,87)
Deficiência auditiva	7,8	7,1	8,4	0,8437	0,73 (0,49-1,08)	0,85 (0,38-1,89)
Deficiência visual	45,9	58,6	67,3	0,0002	1,08 (0,93-1,25)	1,25 (1,05-1,48)
Total						
Deficiência física	2,7	1,9	0,9	0,2164	0,54 (0,30-0,99)	0,23 (0,06-0,90)
Deficiência auditiva	7,6	8,1	9,8	0,5565	0,85 (0,64-1,12)	0,95 (0,56-1,61)
Deficiência visual	40,3	54,4	59,2	0,0000	1,18 (1,06-1,31)	1,22 (1,03-1,43)

Tabela 12 - Prevalência de uso de aparelhos segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	n	Total	Idade				p
			10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino							
Óculos ou lentes de contato	496	34,7	15,2	18,6	50,7	71,6	0,0000
Aparelho auditivo	17	0,6	0	0	0,3	3,8	0,0000
Prótese dentária	356	21,9	0	6,9	32,4	69,3	0,0000
Bengala, muleta, andador	30	1,9	0	0,9	2,8	5,3	0,0077
Cadeira de rodas	10	0,4	0	0,5	0	1,7	0,0368
Feminino							
Óculos ou lentes de contato	803	47,3	20,8	28,0	68,4	75,3	0,0000
Aparelho auditivo	20	0,7	0,2	0,4	0	2,9	0,0019
Prótese dentária	623	29,1	0,4	4,4	45,6	79,1	0,0000
Bengala, muleta, andador	36	0,9	0	0	0	5,2	0,0000
Cadeira de rodas	14	0,4	0,2	0	0,3	1,8	0,0003
Total							
Óculos ou lentes de contato	1299	41,3	17,9	23,3	60,1	73,7	0,0000
Aparelho auditivo	37	0,7	0,09	0,2	0,1	3,3	0,0000
Prótese dentária	979	25,6	0,2	5,6	39,4	74,9	0,0000
Bengala, muleta, andador	66	1,4	0	0,4	1,3	5,2	0,0000
Cadeira de rodas	24	42,8	0,09	0,26	13,3	1,7	0,0004

Tabela 13 -Prevalência de uso de aparelhos segundo renda familiar per capita. ISACamp 2014/15.

Uso de Aparelhos	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e idade	
	<1	1 –	3 ou mais			
Masculino						
Óculos ou lentes de contato	21,6	43,3	39,5	0,0000	1,77 (1,41-2,22)	1,40 (1,03-1,90)
Aparelho auditivo	0,1	0,9	0,9	0,0719	3,30	2,62
Prótese dentária	17,2	22,9	25,9	0,1166	-	-
Bengala, muleta, andador	1,6	2,0	2,0	0,9391	0,94 (0,27-3,26)	0,75 (0,16-3,53)
Cadeira de rodas	0,5	0,4	0	0,5915	0,66	4,78
Feminino						
Óculos ou lentes de contato	34,9	52,6	66,6	0,0000	1,25 (1,06-1,48)	1,59 (1,30-1,95)
Aparelho auditivo	0,3	1,0	0,9	0,0834	2,67 (0,66-10,7)	2,38 (0,52-10,8)
Prótese dentária	22,3	34,9	29,8	0,0002	-	-
Bengala, muleta, andador	0,7	0,9	0,9	0,7664	-	-
Cadeira de rodas	0,4	0,4	0,1	0,7135	0,57 (17,0-1,91)	0,27 (0,03-2,35)
Total						
Óculos ou lentes de contato	29,0	48,0	53,6	0,0000	1,43 (1,06-7,18)	1,51 (1,24-1,83)
Aparelho auditivo	0,2	0,9	0,9	0,0049	2,76 (1,17-8,32)	2,78 (0,87-8,32)
Prótese dentária	20,0	28,9	27,9	0,0012	1,04 (0,91-1,20)	0,91 (0,76-1,10)
Bengala, muleta, andador	1,2	1,5	1,4	0,8034	0,88	0,72
Cadeira de rodas	0,5	0,5	0,1	0,4204	0,65 (0,21-1,98)	0,13 (0,01-1,14)

Tabela 14- Prevalência de acidentes e quedas nos últimos 12 meses segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	n	Total	Idade (anos)				P
			10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino							
Acidentes de trânsito	71	7,8	5,3	15,0	1,9	2,1	0,0000
Quedas	217	12,8	24,3	10,2	10,3	12,0	0,0003
Feminino							
Acidentes de trânsito	36	2,5	2,5	3,3	1,9	1,7	0,5043
Quedas	259	12,8	15,0	9,2	11,8	21,0	0,0028
Total							
Acidentes de trânsito	107	5,0	3,9	9,1	1,9	1,9	0,0000
Quedas	476	12,8	19,7	9,7	11,1	17,1	0,0001

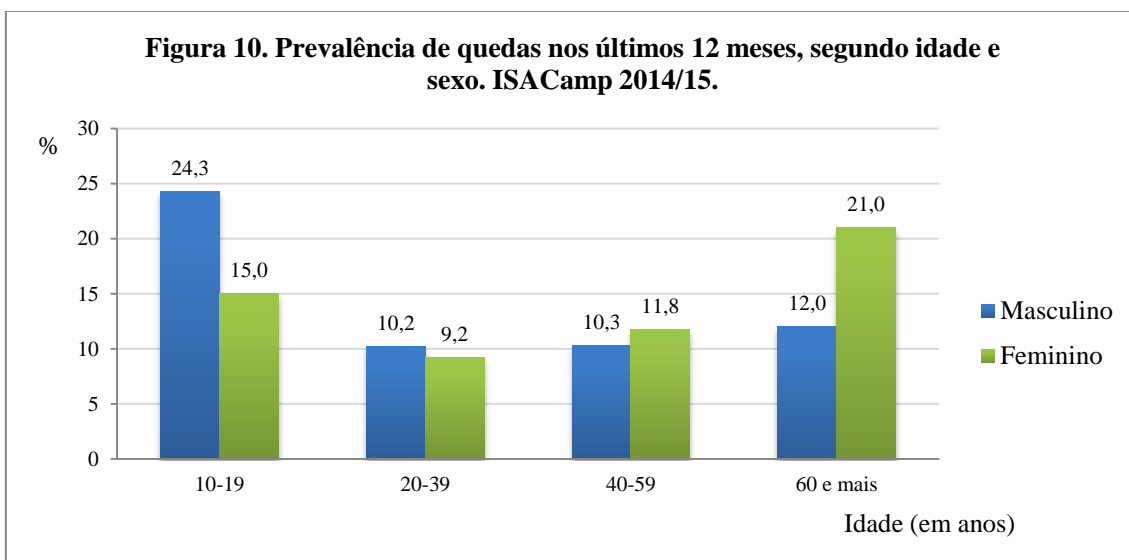
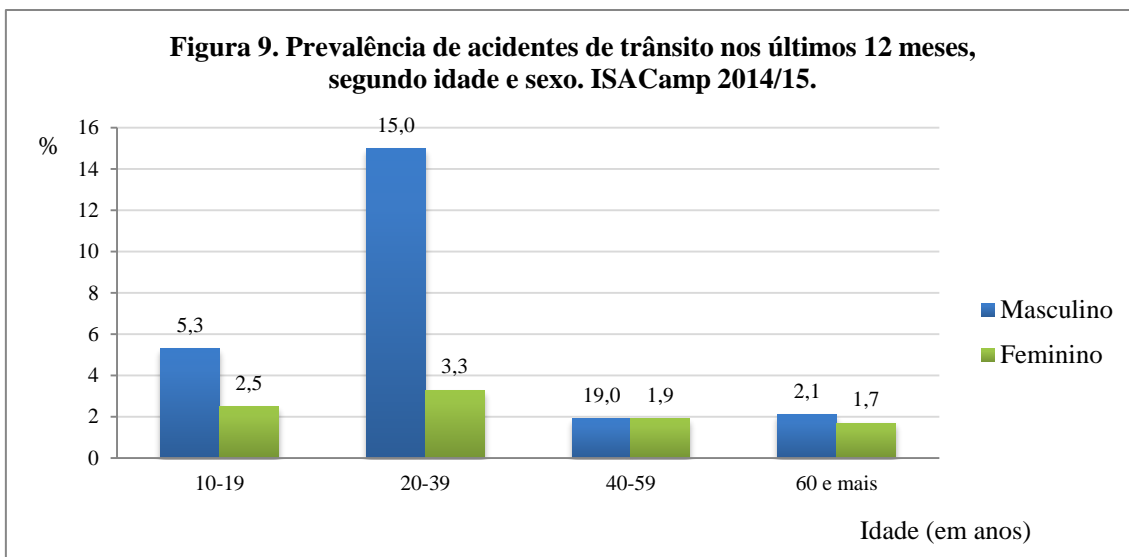


Tabela 15 - Prevalência de violências nos últimos 12 meses segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade				p
		10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino	10,7	13,8	12,3	9,2	5,1	0,0575
Feminino	9,8	12,3	11,2	8,4	7,1	0,2355
Total	10,2	13,1	11,7	8,8	6,3	0,0281

*p>=0,05 entre os sexos.

Tabela 16 -Prevalência de violências nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	10,8	10,6	11,0	0,9900	1,05 (0,64-1,73)	1,17 (0,57-2,41)
Feminino	11,1	8,3	10,7	0,4673	0,81 (0,49-1,33)	1,04 (0,52-2,08)
Idade						
10-19	13,7	11,6	19,2	0,4326	0,84 (0,59-1,21)	1,39 (0,56-3,39)
20-39	13,3	11,7	7,8	0,5591	0,86 (0,46-1,65)	0,59 (0,24-1,44)
40-59	6,7	7,6	17,2	0,0457	1,14 (0,49-2,63)	2,56 (1,01-6,51)
60 e mais	6,4	6,6	4,7	0,6956	1,04 (0,54-2,04)	0,75 (0,33-1,69)
Total	11,0	9,5	10,9	0,6812	0,92 (0,61-1,38)	1,10 (0,63-1,65)

Tabela 17- Prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC), segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15. (SRQ-20 com ponto de corte de 8 e mais)

Sexo	Total	Idade			p
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino*	6,3	6,2	6,3	6,5	0,9881
Feminino	17,7	21,6	16,2	21,8	0,0412
Total	12,3	14	11,4	15,3	0,0263

*Valores de p <0,001 entre os sexos para todas as idades

Tabela 18 -Prevalência de TMC segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	7,9	5,6	5,6	0,4196	0,70 (0,42-1,17)	0,69 (0,28-1,67)
Feminino	25,9	14,4	5,4	0,0000	0,55 (0,40-0,75)	0,21 (0,10-0,45)
Idade						
10-19	16,7	10,4	8,9	0,1460	0,65 (0,42-1,04)	0,58 (0,07-4,54)
20 - 59	18,1	9,0	3,8	0,0003	0,53 (0,37-0,77)	0,22 (0,07-0,70)
60 e mais	20,1	14,0	11,8	0,0550	0,74 (0,54-1,00)	0,64 (0,35-1,17)
Total	18,1	10,0	5,5	0,0000	0,57 (0,43-0,76)	0,31 (0,16-0,62)

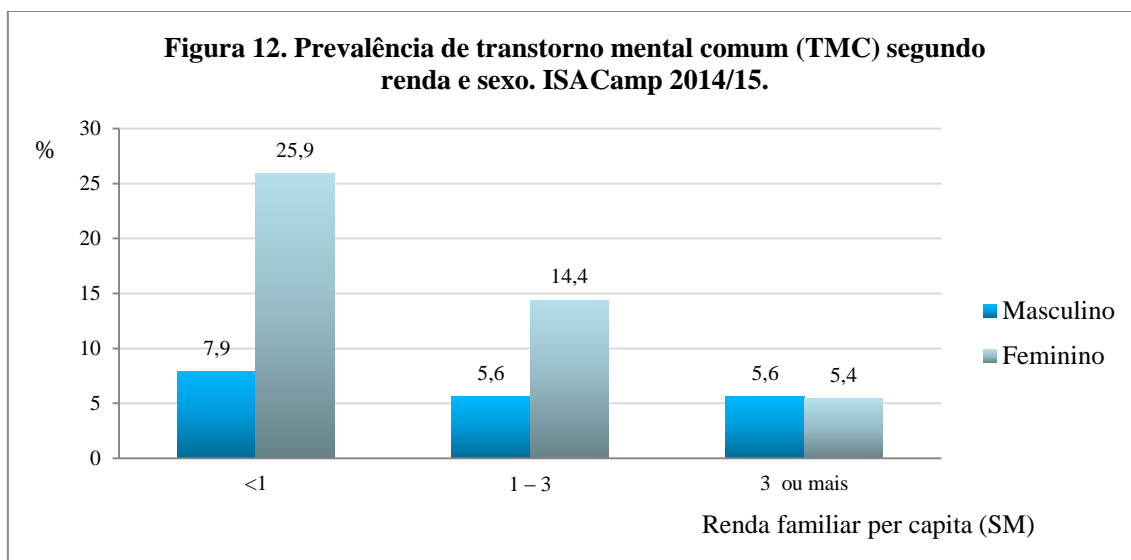
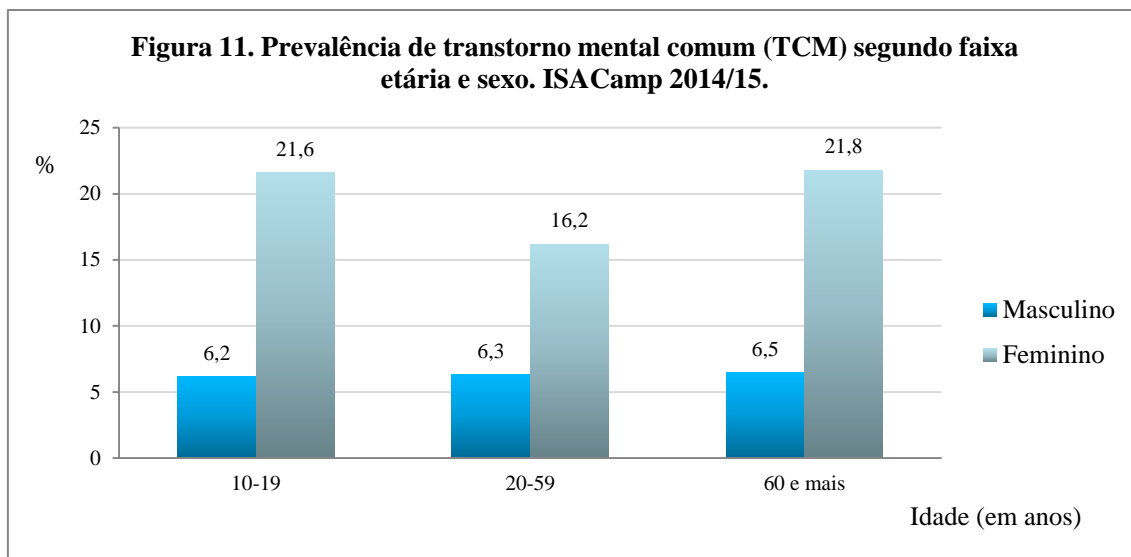


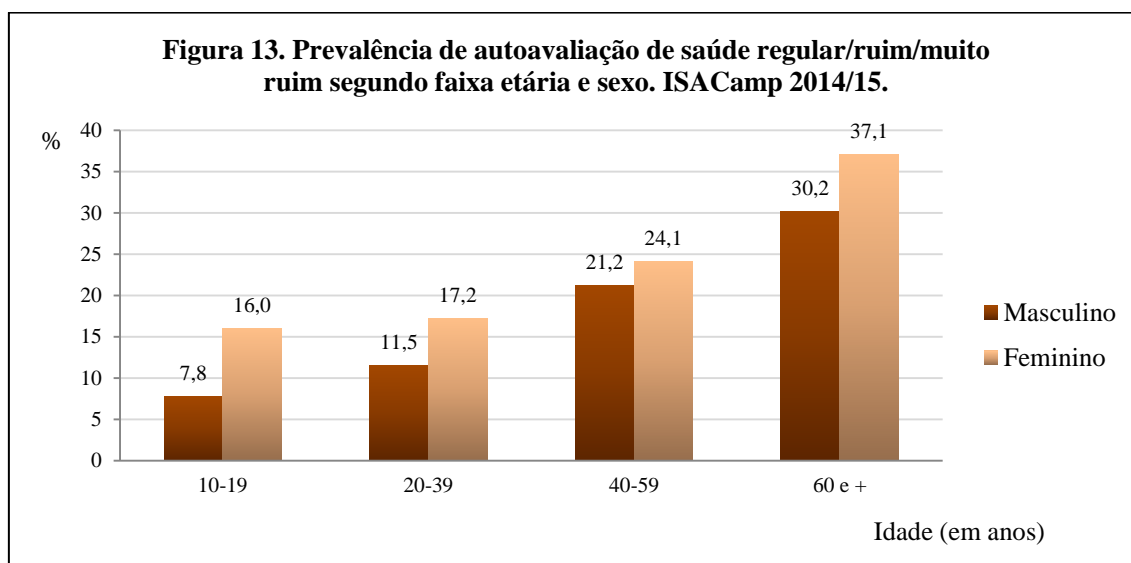
Tabela 19 - Prevalência de saúde regular/ruim/muito ruim segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

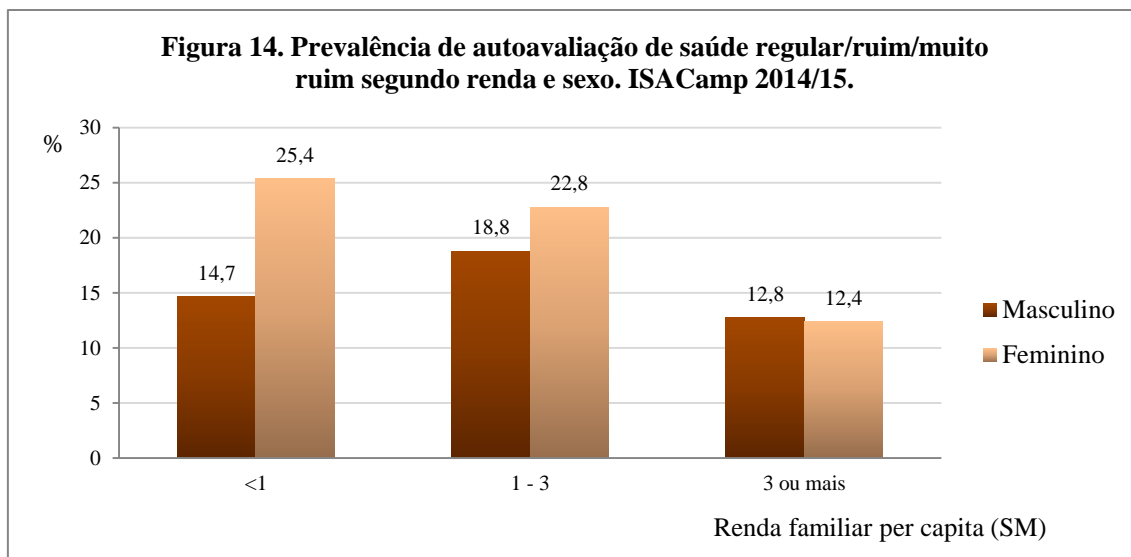
Sexo	Total	Idade				P*
		10-19	20-39	40-59	60 e +	
Masculino	16,3	7,8	11,5	21,2	30,2	0,0000
Feminino	22,5	16,0	17,2	24,1	37,1	0,0000
P**	0,0016	0,003	0,0724	0,4712	0,0343	
Total	19,5	11,8	14,4	22,7	34,1	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Tabela 20 - Prevalência de saúde regular/ruim/muito ruim segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1 SM	1 – 3 SM	3 SM ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	14,7	18,8	12,8	0,1956	1,13 (0,78-1,63)	0,69 (0,37-1,26)
Feminino	25,4	22,8	12,4	0,0091	0,79 (0,63-0,99)	0,43 (0,25-0,73)
Idade						
10-19	13,3	10,2	3,8	0,1962	0,78 (0,50-1,20)	0,30 (0,03-2,31)
20-39	16,4	16,1	3,7	0,0279	0,99 (0,64-1,52)	20,6 (0,05-0,85)
40-59	24,3	23,5	17,9	0,5662	0,96 (0,68-1,37)	0,74 (0,38-1,43)
60 e mais	43,9	33,1	22,8	0,0006	0,76 (0,61-0,95)	0,52 (0,36-0,77)
Total	20,7	20,8	12,6	0,0180	0,90 (0,74-1,08)	0,52 (0,34-0,79)





6.3 Comportamentos relacionados à saúde

Os comportamentos relacionados à saúde ou fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis são componentes privilegiados das informações geradas pelos inquéritos de saúde. O tabagismo, a dependência e o consumo frequente de bebida alcoólica e a prática de atividade física são analisados neste relatório. Agrega-se ainda, como decorrente dos hábitos alimentares, a análise da prevalência de obesidade e de excesso de peso.

Nas pessoas com 10 anos ou mais 13,2% são fumantes, sendo 15,5% de fumantes no sexo masculino e 11,1% no feminino. A diferença entre os sexos é estatisticamente significativa ($p=0,002$), mas apenas na faixa de 20 a 39 anos. A prevalência do tabagismo cresce com a idade atingindo os valores mais elevados na faixa de 40 a 59 anos (20,6% nos homens e 18,1% nas mulheres) e decrescendo nos idosos. Nos adolescentes atinge 2,4% (tabela 21 e figura 15).

O tabagismo tende a declinar com o aumento da renda, mas as diferenças entre os estratos de renda não são estatisticamente significativas (tabela 22 e figura 16).

O uso de risco de álcool foi avaliado pelo AUDIT. O resultado aponta que 15,5% dos homens e 3,6% das mulheres de 10 anos ou mais do município de Campinas fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas. As prevalências tendem a ser maiores no sexo masculino, mas não atingem diferença estatística. A prevalência cresce com a idade atingindo os maiores valores nos dois sexos entre 20 a 59 anos de idade e decrescendo nos idosos (tabela 23 e figura 17). No sexo masculino não há diferença na positividade ao AUDIT por estratos de renda. Nas mulheres, aquelas, com renda entre 1 e 3 salários mínimos apresentam risco menor de serem AUDIT positivas (tabela 24).

Da população de Campinas com 10 ou mais anos, 10,7% consomem bebida alcoólica frequentemente, ou seja, duas ou mais vezes por semana. Este consumo é maior no sexo masculino em todos os grupos de idade. Em ambos os sexos o consumo mais frequente ocorre na faixa etária de 20 a 59 anos (tabela 25). O consumo frequente é mais prevalente nos estratos de maior renda, sendo de 8,4% no segmento de renda inferior a um salário mínimo e 17,4% no grupo de maior renda (tabela 26).

Da população estudada, 49,7% do sexo masculino e 59,3% do feminino são inativos, ou seja, não praticam nenhuma atividade física em contexto de lazer. Entre os adolescentes e os idosos, os homens praticam mais atividade física que as mulheres ($p < 0,05$) (tabela 27). A inatividade física é significativamente mais prevalente nos segmentos de renda familiar inferior a um salário mínimo, exceto para os adolescentes no maior estrato de renda (tabela 28 e figura 19).

Foram considerados ativos no lazer (pelo menos 150 minutos por semana em pelo menos 3 dias da semana) 32,4% da população de 10 anos ou mais de Campinas. O percentual é superior no sexo masculino, entre os adolescentes e os idosos. Em ambos os sexos, a atividade física é mais prevalente nos adolescentes (tabela 29 e figura 20). A prevalência da atividade física no lazer cresce significativamente com o aumento da renda, em ambos os sexos (figura 21) e em todas as faixas de idade (tabela 30).

O excesso de peso atinge 60,3% da população de Campinas de 10 anos ou mais. A prevalência aumenta a partir dos 20 anos, sendo significativamente diferente entre os sexos, apenas entre os adultos e idosos (tabela 31 e figura 22). O excesso de peso decresce com o aumento da renda atingindo significância estatística no segmento de mulheres e de adultos (tabela 32 e figura 23). São obesos 27,1% dos adultos de Campinas sendo que no sexo feminino a prevalência de obesidade aumenta com a idade e nos homens é similar entre adultos e idosos (tabela 33 e figura 24). A obesidade decresce com o aumento da renda, atingindo significância estatística nas mulheres e na faixa de adultos (tabela 34 e figura 25).

Tabela 21 - Prevalência de fumantes segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade				p*
		10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino	15,5	2,5	18,4	20,6	11,0	0,000
Feminino	11,1	2,3	9,4	18,1	10,0	0,000
p**	0,002	0,8178	0,0017	0,439	0,6697	
Total	13,2	2,4	13,8	19,3	10,4	0,000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Figura 15. Prevalência de tabagismo segundo sexo e faixa etária em anos. ISACamp 2014/15.

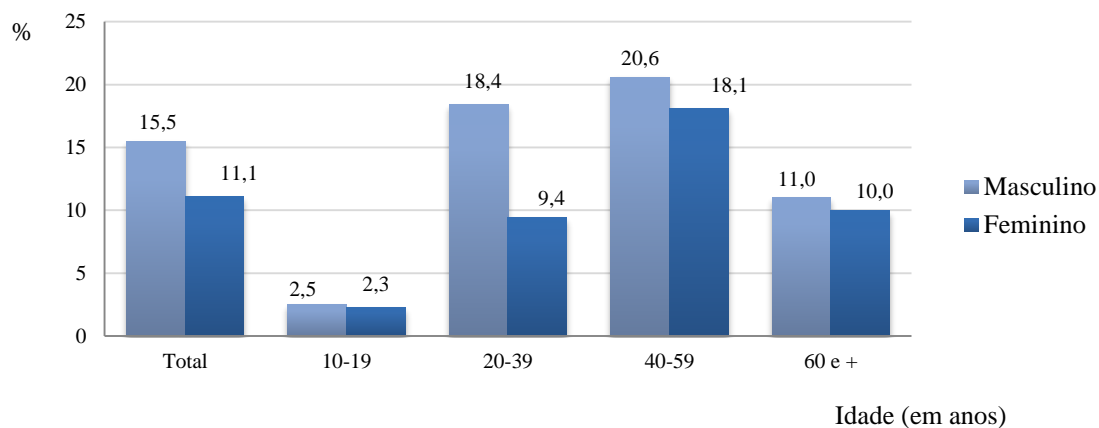


Figura 16. Prevalência do tabagismo segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.

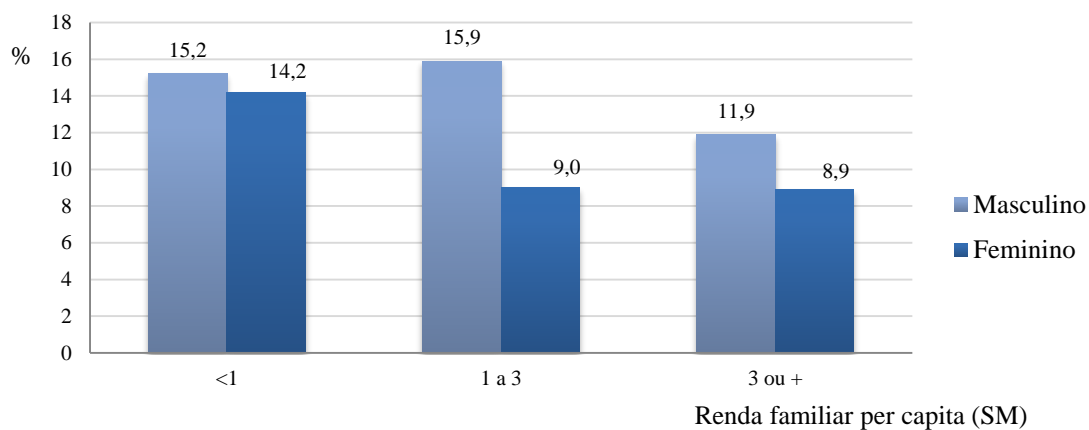


Tabela 22 - Prevalência de fumantes segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	15,2	15,9	11,9	0,7763	0,92 (0,60-1,42)	0,64 (0,23-1,76)
Feminino	14,2	9,0	8,9	0,1134	0,52 (0,35-0,80)	0,51 (0,22-1,21)
Idade						
10-19	2,9	1,7	-	0,4252	0,57 (0,20-1,64)	-
20-39	15,0	12,9	11,3	0,7941	0,78 (0,46-1,33)	0,74 (0,25-2,18)
40-59	24,8	18,3	10,7	0,1595	0,74 (0,46-1,21)	0,43 (0,15-1,24)
60 e mais	15,9	8,0	9,6	0,0090	0,50 (0,32-0,78)	0,60 (0,33-1,08)
Total	14,7	12,4	10,4	0,5123	0,73 (0,52-1,04)	0,57 (0,27-1,21)

Tabela 23 - Prevalência de AUDIT positivo segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade				p*
		10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino	15,5	3,5	22,5	16,4	7,1	0,0000
Feminino	3,6	2,1	6,3	2,4	1,0	0,0015
p**	0,6460	0,1586	0,3416	0,1221	0,7824	
Total	9,3	2,8	14,3	9,0	3,6	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

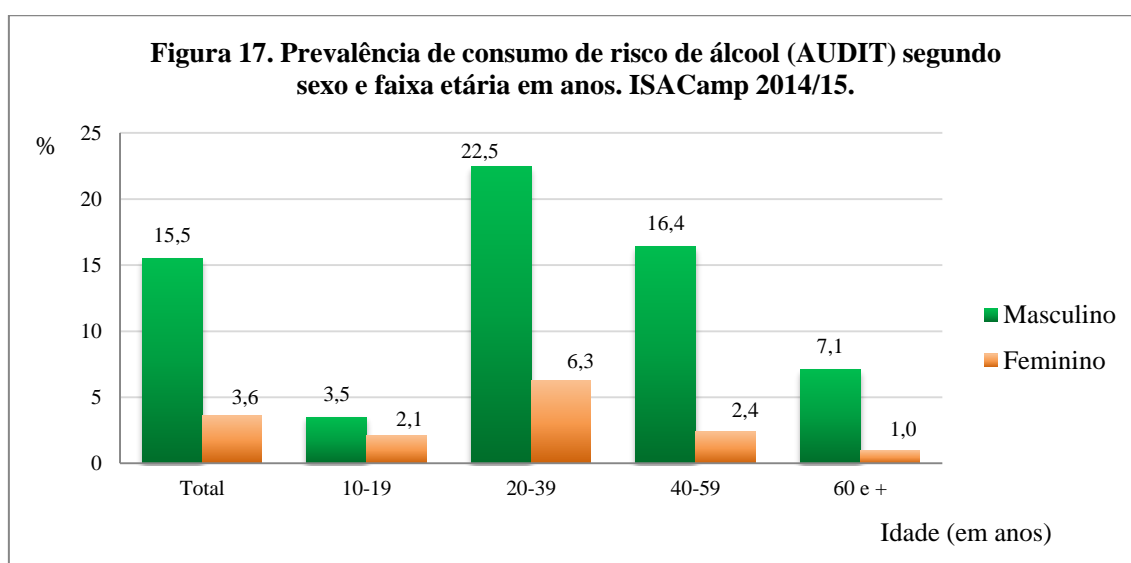


Tabela 24 - Prevalência de AUDIT positivo segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	12,6	16,4	15,6	0,4485	1,21 (0,88-1,89)	1,22 (0,67-2,25)
Feminino	4,7	1,9	5,7	0,1227	0,47 (0,22-0,98)	1,20 (0,37-3,97)
Total	8,2	9,1	10,5	0,6460	0,97 (0,68-1,39)	1,10 (0,65-1,86)

Tabela 25- Prevalência de consumo de álcool duas ou mais vezes na semana, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p*
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	17,5	2,8	20,6	18,8	0,0000
Feminino	4,4	0,8	5,5	3,2	0,0030
p**	0,0000	0,0257	0,0000	0,0000	
Total	10,7	1,8	12,8	9,8	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Tabela 26 - Prevalência de consumo frequente de álcool segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	13,3	17,9	23,3	0,0506	1,17 (0,81-1,68)	1,40 (0,90-2,20)
Feminino	4,4	2,3	11,9	0,0035	0,51 (0,22-1,22)	2,38 (0,93-6,10)
Total	8,4	10,1	17,4	0,0025	1,0 (0,68-1,46)	1,64 (1,04-2,57)

Tabela 27 - Prevalência de inativos no lazer segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p*
		10-19 anos	20 a 59 anos	60 e mais	
Masculino	49,7	18,3	52,1	49,8	0,0000
Feminino	59,3	37,8	59,4	66,6	0,0000
p**	0,0015	0,0000	0,1966	0,0000	
Total	54,7	27,9	55,8	59,5	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Tabela 28 - Prevalência de inativos segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	66,9	57,1	43,0	0,0000	0,81 (0,69-0,96)	0,66 (0,49-0,88)
Feminino	53,2	48,3	42,2	0,0539	0,79 (0,71-0,89)	0,58 (0,47-0,72)
Idade						
10-19	30,8	23,5	25,1	0,0685	0,78 (0,61-0,99)	0,86 (0,42-1,74)
20-59	69,3	56,6	43,4	0,0002	0,82 (0,72-0,94)	0,63 (0,49-0,81)
60 e mais	75,1	57,1	42,7	0,0000	0,77 (0,68-0,88)	0,58 (0,47-0,72)
Total	60,8	52,7	42,7	0,0000	0,80 (0,72-0,89)	0,62 (0,50-0,75)

Tabela 29 - Prevalência de ativos no lazer segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p**
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	36	65,2	30	32,3	0,0000
Feminino	29,1	35,5	30,4	20,3	0,0000
p**	0,0155	0,0000	0,9844	0,0006	
Total	32,4	50,6	30	25,3	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

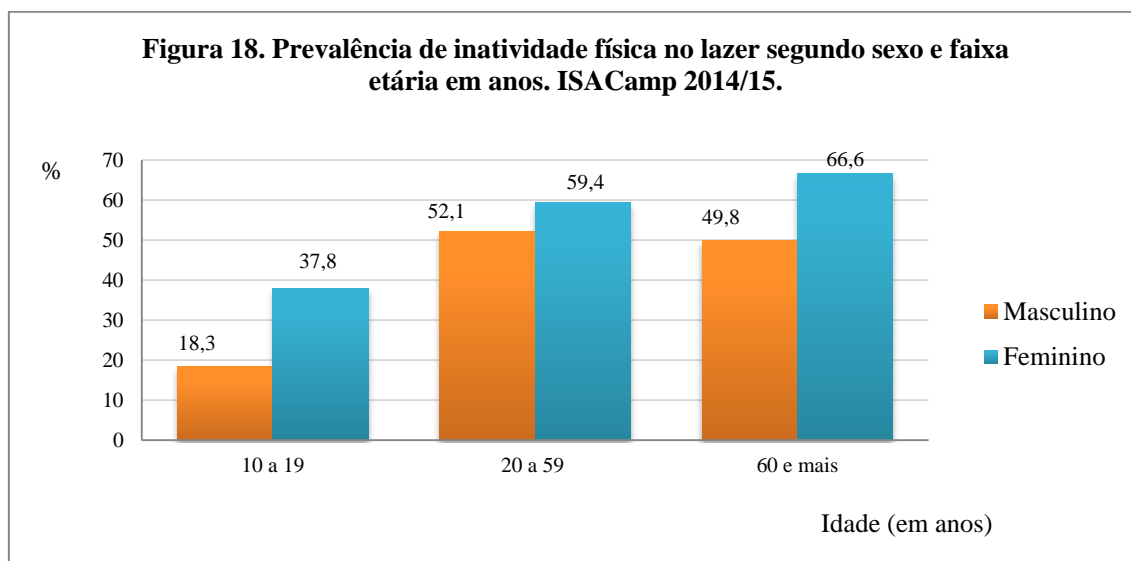


Figura 19. Prevalência de inatividade física no lazer segundo sexo e renda. ISACamp 2014/15.

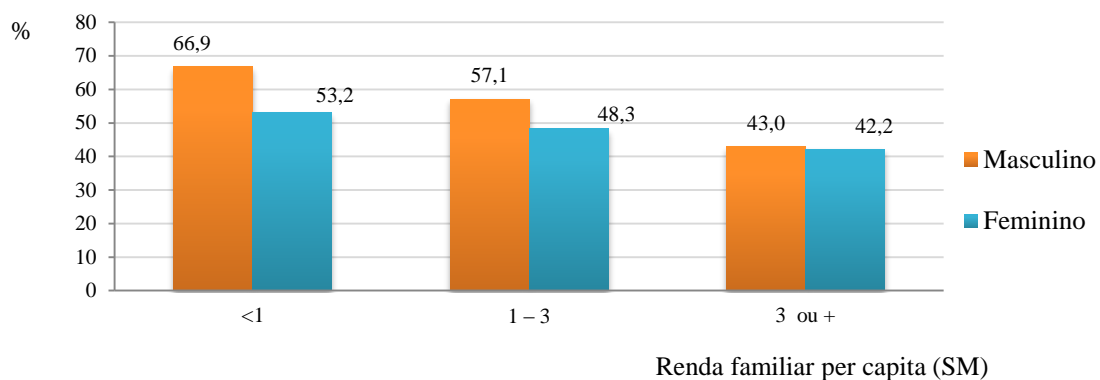


Figura 20. Prevalência de ativos no lazer segundo sexo e faixa etária em anos. ISACamp 2014/15.

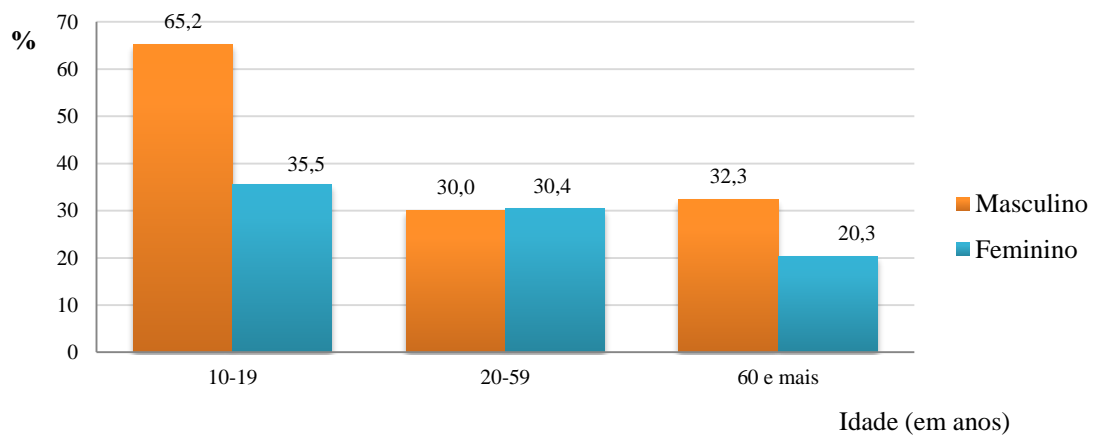


Tabela 30 - Prevalência de ativos no lazer segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	32,9	34,6	52,0	0,0056	1,18 (0,95-1,47)	1,98 (1,46-2,68)
Feminino	20,5	31,0	49,1	0,0000	1,65 (1,29-2,12)	2,68 (1,92-3,75)
Idade						
10-19	45,9	56,6	71,2	0,0013	1,21 (1,07-1,37)	1,49 (1,31-1,96)
20-59	20,9	30,5	52,4	0,0000	1,46 (1,09-1,95)	2,50 (1,75-3,57)
60 e mais	13,4	26,1	40,2	0,0000	1,90 (1,34-2,70)	2,89 (2,10-3,97)
Total	26,0	32,8	50,5	0,0000	1,41 (1,18-1,69)	2,38 (1,83-3,10)

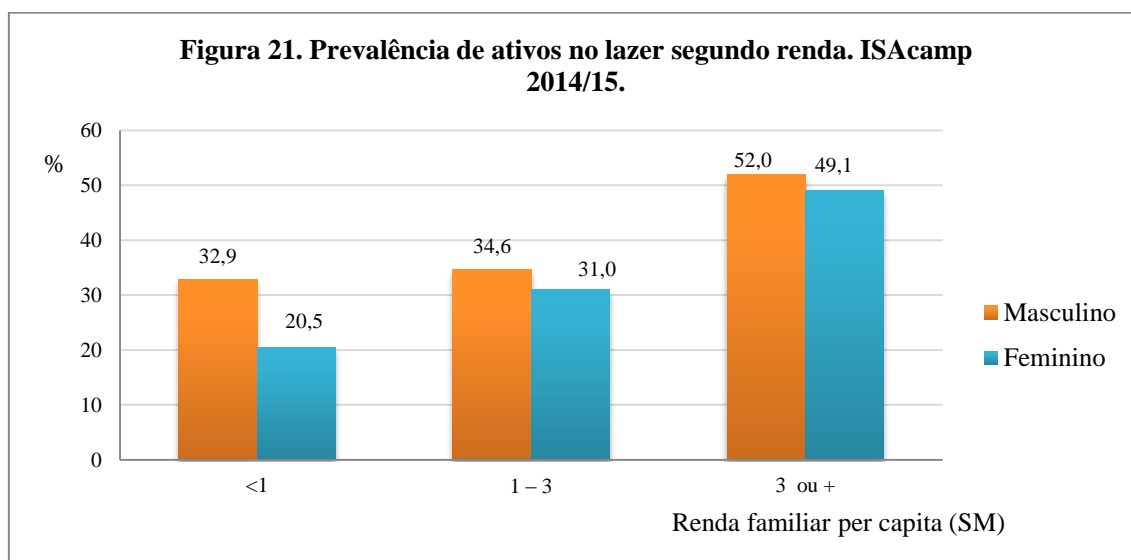


Tabela 31 – Prevalência de excesso de peso segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p*
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	60,3	39,0	68,5	43,1	0,0000
Feminino	52,9	33,5	55,8	54,7	0,0000
p**	0,0005	0,1766	0,0000	0,0023	
Total	56,4	36,3	61,8	49,7	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Tabela 32 - Prevalência de excesso de peso segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	58,6	63,7	52,9	0,1514	1,07 (0,92-1,24)	0,88 (0,72-1,08)
Feminino	56,0	53,6	39,0	0,0273	0,91 (0,79-1,04)	0,66 (0,48-0,90)
Idade						
10-19	35,6	37,8	25,8	0,5983	1,06 (0,85-1,30)	0,71 (0,30-1,68)
20-59	63,7	64,8	45,8	0,0070	1,00 (0,87-1,17)	0,71 (0,57-0,89)
60 e mais	55,1	47,5	48,6	0,2059	0,88 (0,74-1,05)	0,90 (0,73-1,11)
Total	57,1	58,5	45,9	0,0275	1,01 (0,91-1,41)	0,80 (0,66-0,96)

Tabela 33 – Prevalência de obesidade segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p*
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	26,1	14,9	28,9	24,4	0,0004
Feminino	25,6	9,9	25,5	36,9	0,0000
p**	0,7635	0,0551	0,1972	0,009	
Total	25,8	12,5	27,1	31,5	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Tabela 34 - Prevalência de obesidade segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	25,9	28,5	18,4	0,2669	1,03 (0,72-1,48)	0,64 (0,37-1,12)
Feminino	31,1	22,9	17,1	0,0111	0,65 (0,51-0,84)	0,48 (0,29-0,78)
Idade						
10-19	12,9	12,3	6,5	0,7512	0,95 (0,62-1,45)	0,48 (0,07-3,15)
20-59	31,7	26,9	14,7	0,0158	0,84 (0,64-1,10)	0,46 (0,25-0,83)
60 e mais	38,0	28,8	30,1	0,0539	0,78 (0,62-0,98)	0,82 (0,62-1,09)
Total	28,7	25,6	17,7	0,0467	0,89 (0,72-1,09)	0,61 (0,40-0,95)

Figura 22. Prevalência de excesso de peso segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.

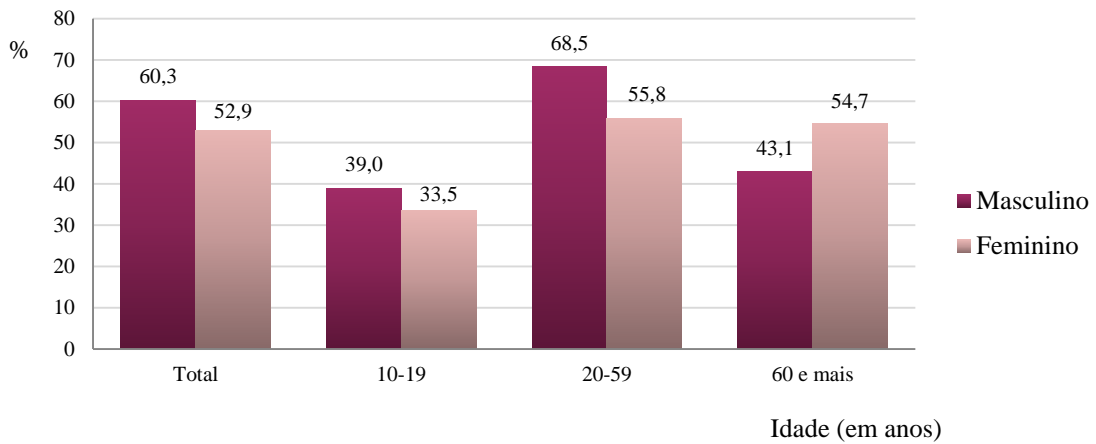


Figura 23. Prevalência de excesso de peso segundo sexo e renda. ISACamp 2014/15.

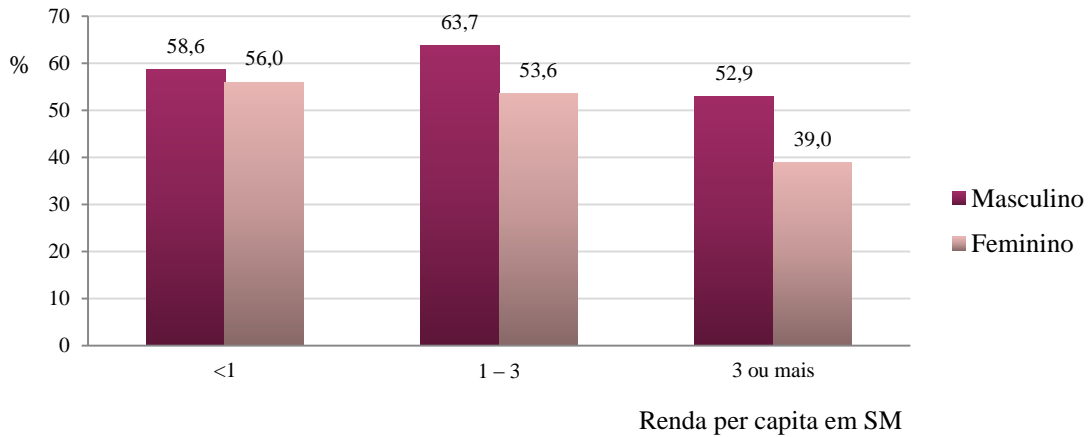
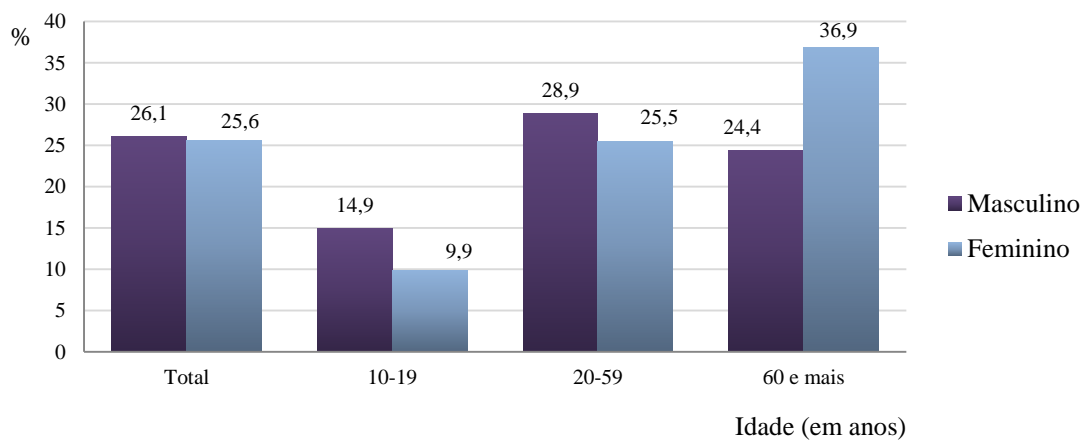
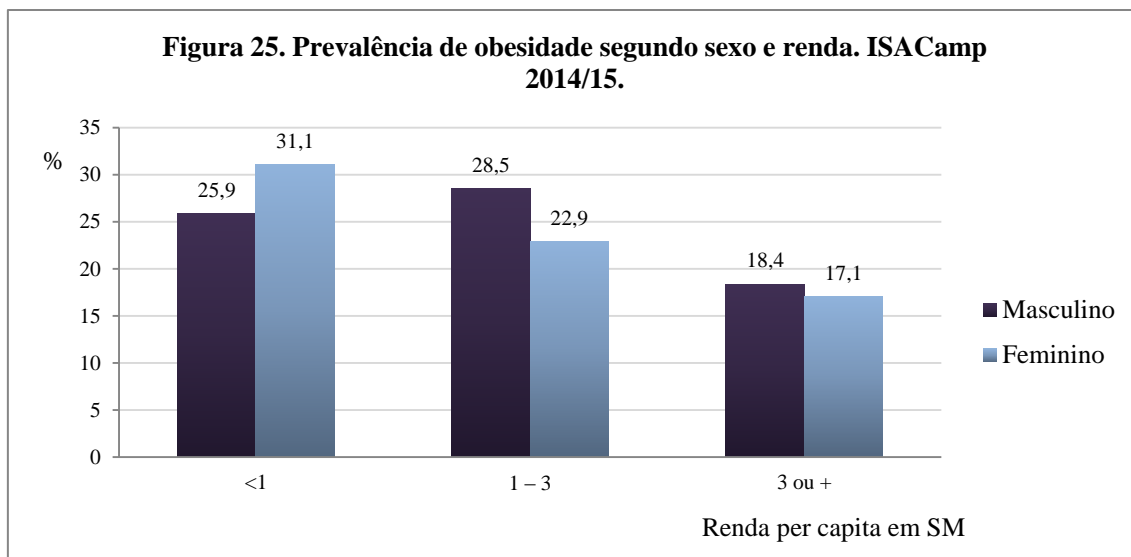


Figura 24. Prevalência de obesidade segundo sexo e faixa etária. ISACamp 2014/15.





6.4 Uso de serviços de saúde

Dos moradores de Campinas com idades de 10 anos ou mais, 15,5% tiveram consulta médica nos 15 dias que antecederam a entrevista. A prevalência de consultas aumenta com a idade sendo de 21,3% entre os idosos e é significativamente superior no sexo feminino em relação ao masculino (tabela 35 e figura 26). O percentual de indivíduos com consulta médica nos últimos 15 dias tendeu a ser mais elevado nos estratos de maior renda familiar per capita, mas sem atingir significância estatística (tabela 36).

Foram hospitalizados nos 12 meses anteriores à entrevista 10,3% dos residentes do município de Campinas com 10 anos ou mais de idade. A taxa de hospitalização é mais elevada nos idosos mais atinge 6,8% nos adolescentes (tabela 37). As taxas de hospitalização tendem a decrescer com o aumento da renda, porém sem alcançar significância estatística (tabela 38).

Nos 12 meses que antecederam a entrevista, 13,4% dos indivíduos da população estudada foram submetidos a algum tipo de intervenção cirúrgica (tabela 39). A análise segundo idade e renda não apresentou significância estatística (tabela 40).

Quando consideradas as cirurgias realizadas na vida, 55,7% das pessoas foram ao menos uma vez submetidas a uma cirurgia. O percentual aumenta com a idade em ambos os sexos, e é maior nas mulheres em comparação aos homens, na população de adultos e idosos (tabela 41). As pessoas do estrato superior de renda tendem a apresentar maior taxa de cirurgia na vida, embora as diferenças, ajustadas por idade e sexo, não sejam estatisticamente significativas (tabela 42).

Referiram ter tido consulta odontológica nos 12 meses que antecederam a entrevista 60,1% da população estudada de Campinas. As prevalências são inferiores nos idosos e na

comparação entre os sexos, mostrou-se entre os adultos, mais elevada nas mulheres (tabela 43). Evidente diferença social é observada em ambos os sexos (figura 27) e em todas as idades, privilegiando o segmento de maior renda (tabela 44).

Mais da metade da população de 10 ou mais anos de idade utilizou algum medicamento nos 15 dias que antecederam a entrevista (62,3%). O percentual é maior no sexo feminino e aumenta com a idade (figura 28). Entre os idosos, 92,6% das mulheres e 83,2% dos homens utilizaram ao menos um medicamento, mas, entre os adolescentes, o uso de medicamentos atingiu 43,2% (tabela 45). O consumo de medicamentos tende a aumentar nos estratos de maior renda estando no limiar de significância estatística para o conjunto da população (tabela 46).

Quanto a ser coberto por plano de saúde privado, 45,2% das pessoas do município o são, e a cobertura por esses planos apresenta-se menor nos adolescentes (tabela 47). Nítida diferença existe na cobertura por plano privado de saúde entre os três segmentos de renda familiar do município (tabela 48 e figura 29).

Tabela 35- Prevalência de consultas médicas nos 15 dias que antecederam a entrevista segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p*
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	12,6	10,5	12,2	17,6	0,0106
Feminino	18,1	15,3	17,2	24,0	0,1082
p**	0,0031	0,0213	0,0555	0,0361	
Total	15,5	12,9	14,8	21,3	0,0014

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

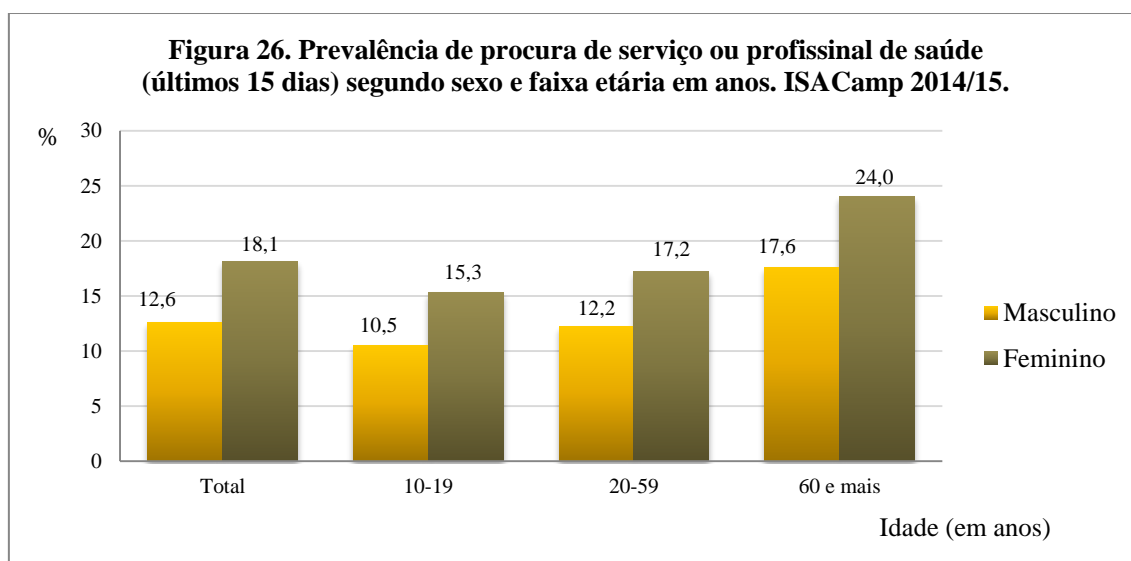


Tabela 36 - Prevalência de consultas médicas nos últimos 15 dias segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino*	9,0	14,3	16,1	0,0631	1,54 (1,06-2,25)	1,64 (0,95-2,81)
Feminino	16,8	18,8	19,1	0,7471	1,11 (0,81-1,51)	1,09 (0,68-1,75)
Total	13,3	16,5	17,6	0,1737	1,21 (0,93-1,58)	1,27 (0,91-1,77)

Tabela 37- Prevalência de hospitalizações nos últimos 12 meses, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino*	9,4	5,8	9,9	11,4	0,0827
Feminino	11,2	7,8	11,6	12,0	0,1693
Total	10,3	6,8	10,7	11,7	0,0138

*p>=0,05 entre os sexos.

Tabela 38 - Prevalência de hospitalizações nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	10,5	9,4	7,2	0,5838	0,82 (0,54-1,27)	0,58 (0,25-1,35)
Feminino	12,7	10,1	9,7	0,4972	0,79 (0,56-1,12)	0,72 (0,32-1,62)
Total	11,7	9,7	8,5	0,2973	0,79 (0,60-1,03)	0,66 (0,38-1,14)

Tabela 39 - Prevalência de cirurgias nos últimos 12 meses, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	15,1	10,1	16,5	12,5	0,2274
Feminino	12,2	11,8	11,8	13,6	0,7158
Total	13,4	10,8	13,7	13,2	0,6365

*p>=0,05 entre os sexos.

Tabela 40 -Prevalência de cirurgias nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	15,5	16,2	10,5	0,5808	1,02 (0,57-1,81)	0,65 (0,28-1,53)
Feminino	11,5	12,2	13,8	0,8839	1,21 (0,73-2,02)	1,28 (0,61-2,67)
Total	13,0	14,0	12,4	0,8875	1,09 (0,73-1,63)	0,98 (0,54-1,78)

Tabela 41- Prevalência de cirurgias na vida segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			P*
		10-19	20-59	60 e +	
Masculino	48,2	27,9	49,6	64,5	0,0000
Feminino	62,6	19,1	67,4	80,0	0,0000
p**	0,0000	0,0012	0,0000	0,0000	
Total	55,7	23,7	58,8	73,4	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Tabela 42 - Prevalência de cirurgias na vida segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	45,1	49,1	56,0	0,1892	1,00 (0,85-1,18)	1,06 (0,85-1,32)
Feminino	61,6	61,5	69,5	0,2753	0,87 (0,79-0,96)	0,94 (0,82-1,09)
Total	54,3	55,3	63,0	0,1758	0,92 (0,83-1,02)	0,99 (0,86-1,13)

Tabela 43- Prevalência de consultas odontológicas nos últimos 12 meses segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade				p*
		10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino	55,9	67,4	59,5	52,3	39,6	0,0001
Feminino	63,8	66,3	71,9	65,0	41,2	0,0000
p**	0,0117	0,7458	0,0021	0,0064	0,5782	
Total	60,1	66,9	65,8	59	40,5	0,0000

*Comparação entre idade. **Comparação entre os sexos.

Tabela 44 - Prevalência de consultas odontológicas nos últimos 12 meses segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar per capita (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	45,7	59,2	71,7	0,0004	1,38 (1,18-1,62)	1,77 (1,43-2,19)
Feminino	55,5	66,3	79,9	0,0000	1,26 (1,12-1,42)	1,51 (1,30-1,72)
Idade						
10-19	59,9	76,0	86,7	0,0000	1,27 (1,13-1,42)	1,45 (1,20-1,75)
20-39	54,5	70,9	83,9	0,0002	1,34 (1,15-1,89)	1,55 (1,27-1,89)
40-59	48,0	61,3	73,3	0,0047	1,12 (1,05-1,54)	1,55 (1,21-1,98)
60 e mais	27,8	39,2	63,3	0,0000	1,42 (1,09-1,86)	2,29 (1,68-3,12)
Total	51,3	62,8	76,1	0,0000	1,30 (1,18-1,44)	1,62 (1,42-1,84)

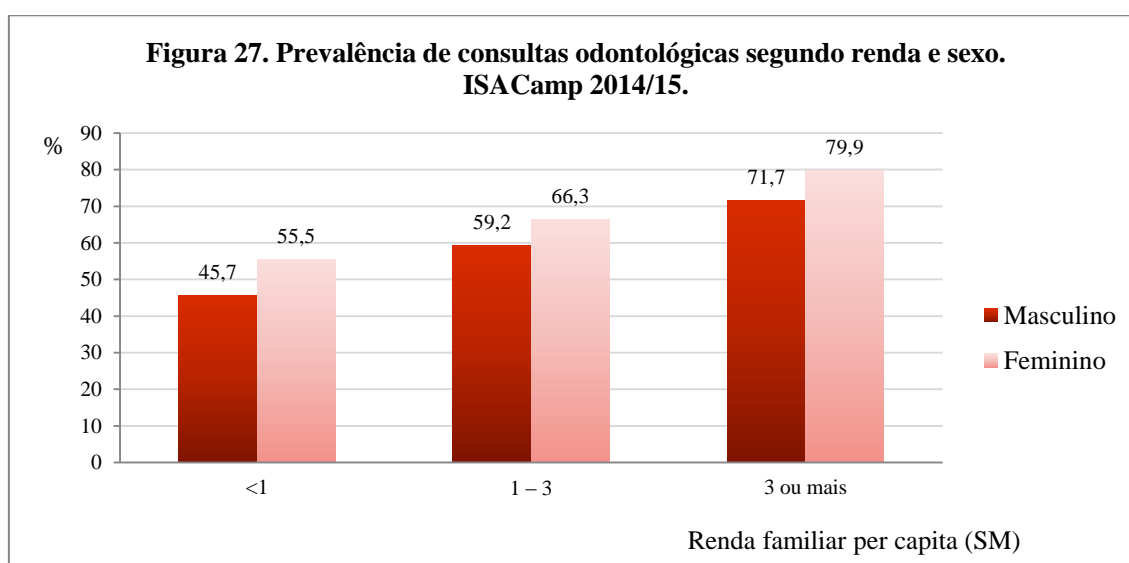


Tabela 45- Prevalência de uso de medicamentos nos últimos 15 dias, segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade				p*
		10-19	20-39	40-59	60 e mais	
Masculino	51,2	33,7	35,7	67,5	83,2	0,0000
Feminino	72,5	53,3	68,6	75,1	92,6	0,0000
p**	0,0000	0,0000	0,0000	0,0911	0,0000	
Total	62,3	43,2	52,4	71,5	88,6	0,0000

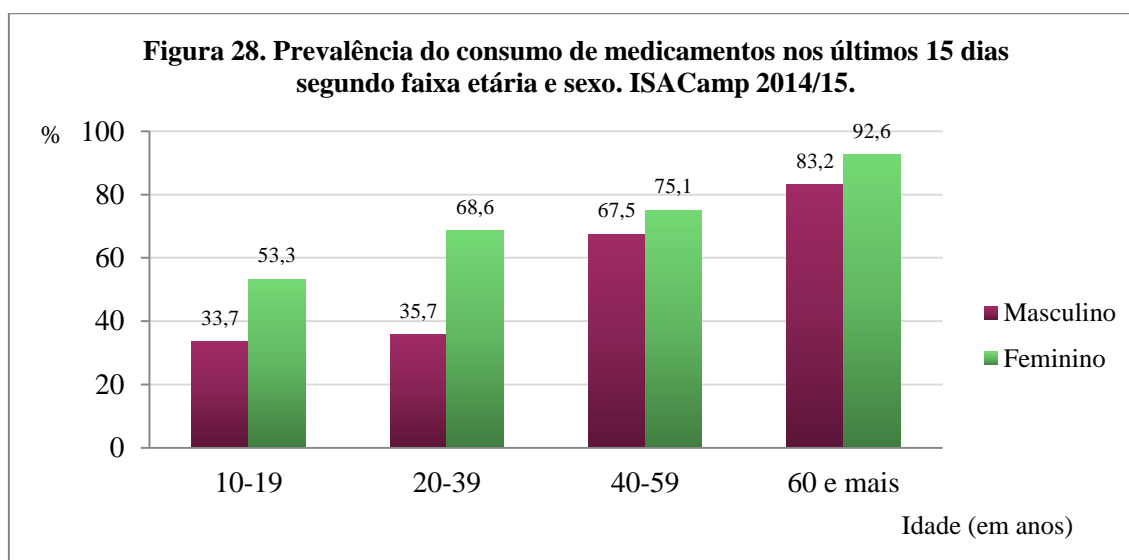


Tabela 46 -Prevalência de uso de medicamentos nos últimos 15 dias segundo renda familiar per capita e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	45,8	52,9	61,7	0,0298	1,06 (0,91-1,24)	1,13 (0,92-1,39)
Feminino	65,9	76,4	78,7	0,0059	1,09 (1,00-1,20)	1,11 (0,97-1,27)
Total	57,0	64,7	70,5	0,0019	1,07 (0,99-1,16)	1,12 (1,00-1,26)

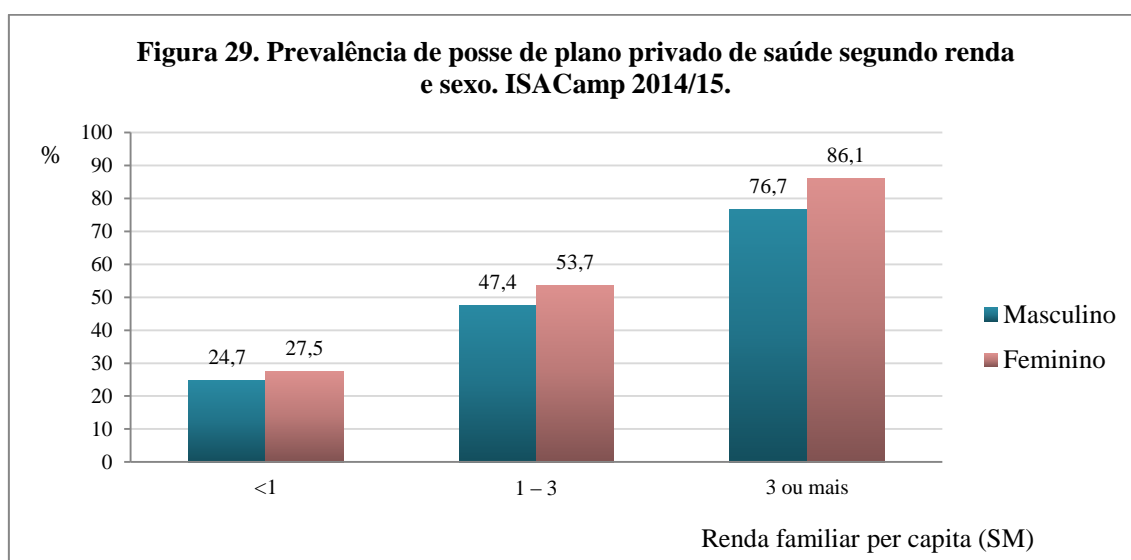
Tabela 47 - Prevalência de plano de saúde segundo idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Sexo	Total	Idade			p
		10-19	20-59	60 e mais	
Masculino	42,8	36,5	44,4	42,5	0,0688
Feminino	47,3	35,5	49,1	50,5	0,0005
Total	45,2	36,0	46,8	47,1	0,0010

*p>=0,05 entre os sexos.

Tabela 48 - Prevalência de plano de saúde segundo renda familiar per capita, idade e sexo. ISACamp 2014/15.

Variável	Renda familiar <i>per capita</i> (em SM)			p	RP ajustada por sexo e/ou idade	
	<1	1 – 3	3 ou mais		(2/1)	(3/1)
Sexo						
Masculino	24,7	47,4	76,7	0,0000	1,91 (1,50-2,51)	3,21 (2,38-4,31)
Feminino	27,5	53,7	86,1	0,0000	1,94 (1,58-2,42)	3,13 (2,52-3,89)
Idade						
10-19	23,0	53,4	70,5	0,0000	2,31 (1,86-2,88)	3,06 (2,20-4,24)
20 - 59	28,0	51,0	81,5	0,0000	1,84 (1,42-2,38)	2,93 (2,67-3,80)
60 e mais	23,0	47,2	83,7	0,0000	2,08 (1,47-2,96)	3,71 (2,65-5,19)
Total	26,2	50,6	81,6	0,0000	1,95 (1,58-2,40)	3,14 (2,51-3,91)



6.5 Comparação entre os inquéritos de 2001/02, 2008/09 e 2014/15.

As figuras deste tópico apresentam as prevalências de eventos de saúde nos 3 períodos em que foram realizadas as pesquisas de base populacional no município de Campinas: ISA-SP-Campinas em 2001/2002, ISACamp 2008/2009 e ISACamp 2014/2015.

Foi observada, no sexo feminino, uma tendência de aumento da prevalência de hipertensão, diabetes, artrite/reumatismo/artrose e osteoporose. Entre os homens, esta tendência foi verificada para diabetes e doença pulmonar (figuras 30 e 31). A figura 32 apresenta as prevalências dessas doenças nos adultos, apontando que a tendência de aumento está presente para diabetes e doenças pulmonares. Nos idosos houve um aumento progressivo de hipertensão e diabetes nos três períodos analisados, que pode decorrer do envelhecimento da população, de maior acesso a diagnóstico, ou de maior sobrevivência dos pacientes portadores dessas doenças crônicas (figuras 33, 35 e 37). Nos períodos pesquisados, a prevalência do diabetes aumentou de 3,7% em 2001/02 para 7,8% em 2014/15 (figura 36) tendo apresentado aumento significativo em ambos os sexos (figura 36) e no grupo com 70 anos ou mais (figura 37).

Em relação aos problemas de saúde pesquisados, observou-se que, com exceção de alergia, os demais apresentaram crescimento da prevalência em ambos os sexos, sendo os aumentos mais expressivos verificados para problemas de coluna e problemas emocionais (figuras 38 e 39). Aumentos da prevalência de enxaqueca, problemas emocionais e de coluna são evidenciados nos adolescentes e nos adultos (figuras 40 e 41), indicando que não são resultantes de envelhecimento populacional. Nos idosos os aumentos de prevalência dos problemas emocionais e de coluna foram significativos, mas menos expressivos (figura 42).

A obesidade aumentou em ambos os sexos atingindo atualmente 25,8% dos moradores do município com 10 anos ou mais de idade (figura 43). O aumento ocorreu em todos os grupos de idade (figuras 44). O excesso de peso que era 42,2% em 2001/02 atinge 56,4% em 2014/15 (figura 45) e aumentou em todas as faixas de idade (figura 46).

Em relação ao tabagismo, aumentou o percentual dos indivíduos que nunca fumaram e reduziu a prevalência de fumantes no período de tempo analisado (figura 47). A redução do tabagismo foi maior no sexo masculino (figura 48) e nas idades abaixo de 60 anos (figura 49). Houve uma tendência de aumento do consumo de risco de álcool entre 2008/09 e 2014/15 em ambos os sexos (figura 50) e nas idades abaixo de 40 anos (figura 51). A inatividade física tendeu a decrescer principalmente no sexo feminino (figura 52) e em todas as faixas de idade (figura 53).

Não houve diferença na prevalência de posse de plano de saúde e consultas odontológicas, comparando os anos de 2008/09 e 2014/15 (figuras 54 a 57).

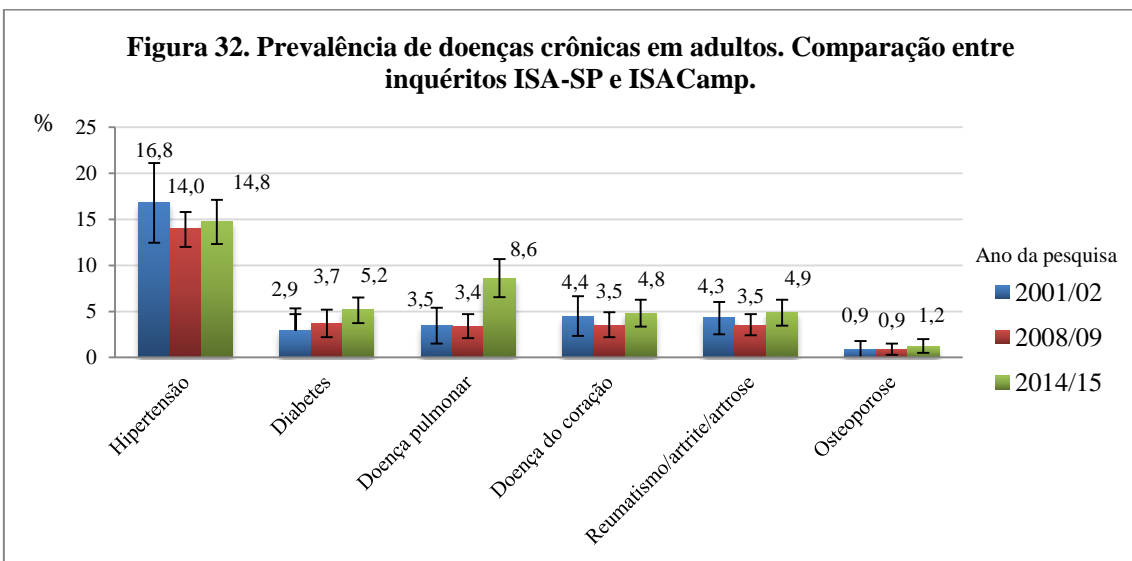
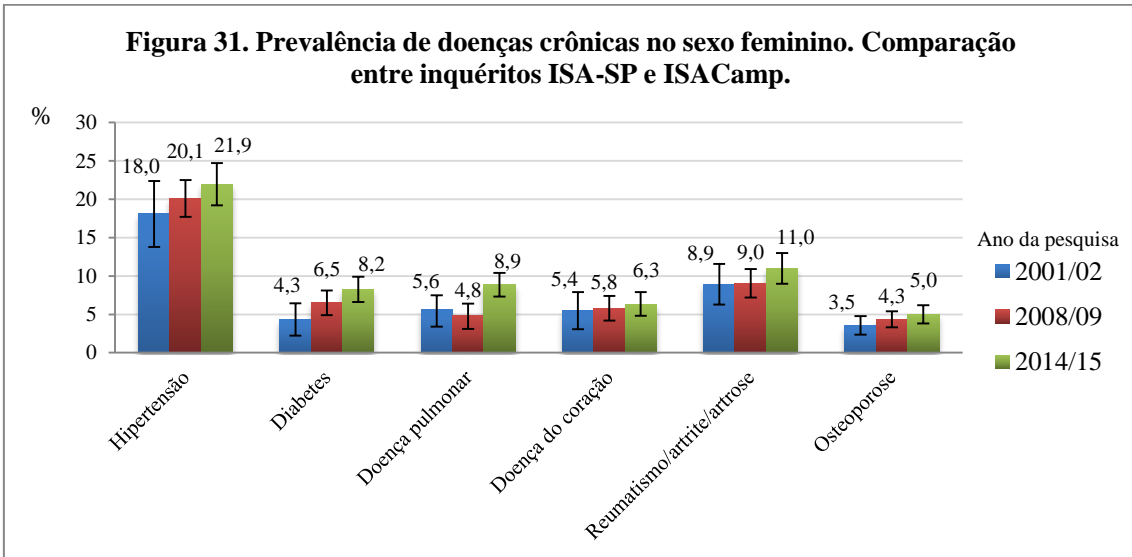
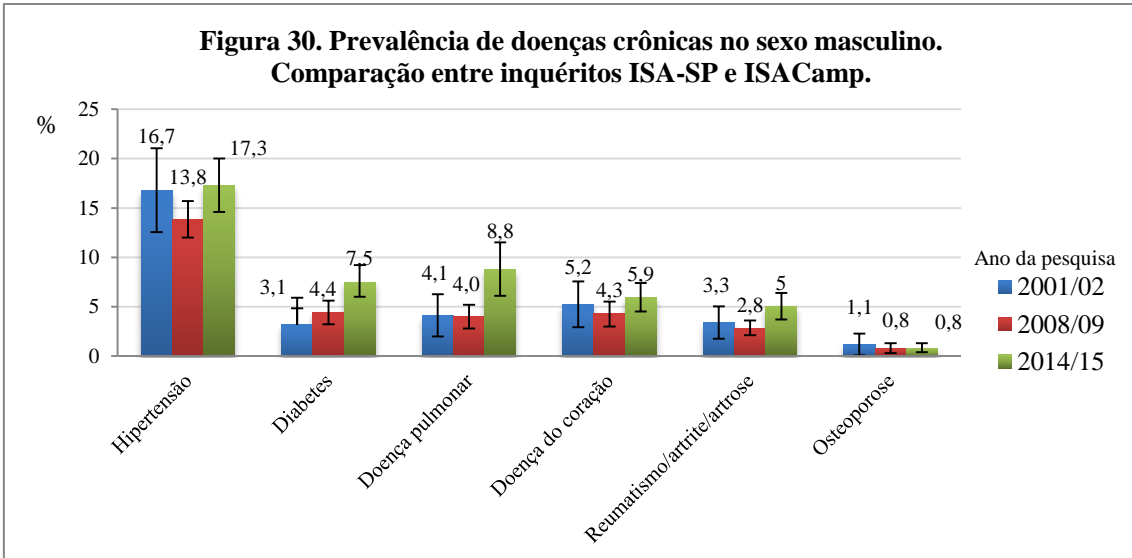


Figura 33. Prevalência de doenças crônicas em idosos. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

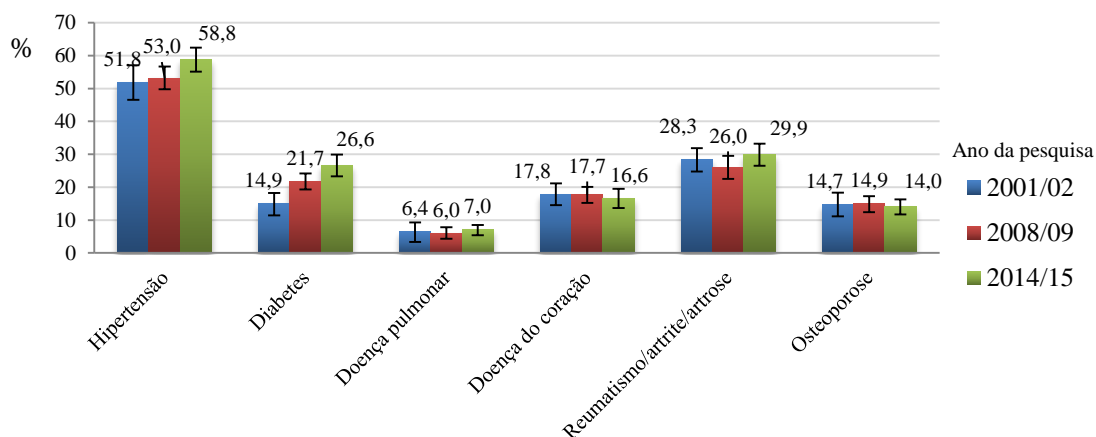


Figura 34. Prevalência de hipertensão segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

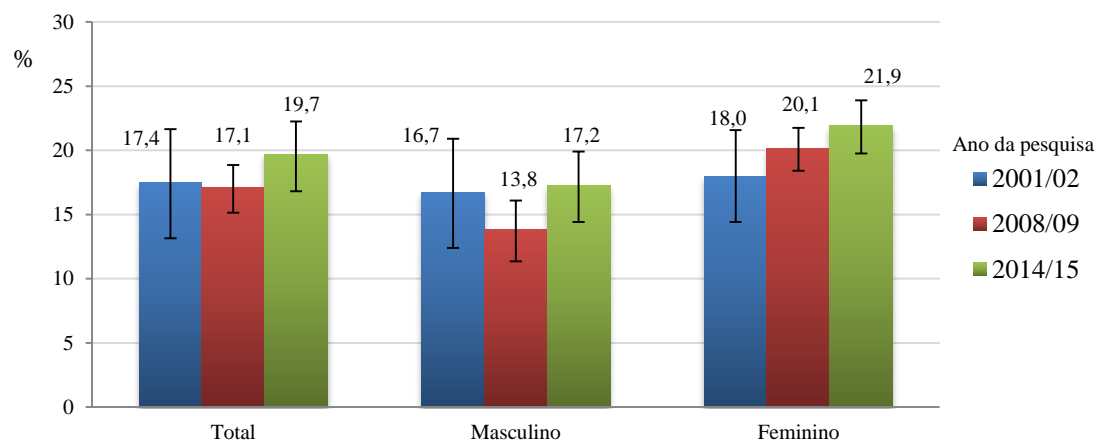


Figura 35. Prevalência de hipertensão segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

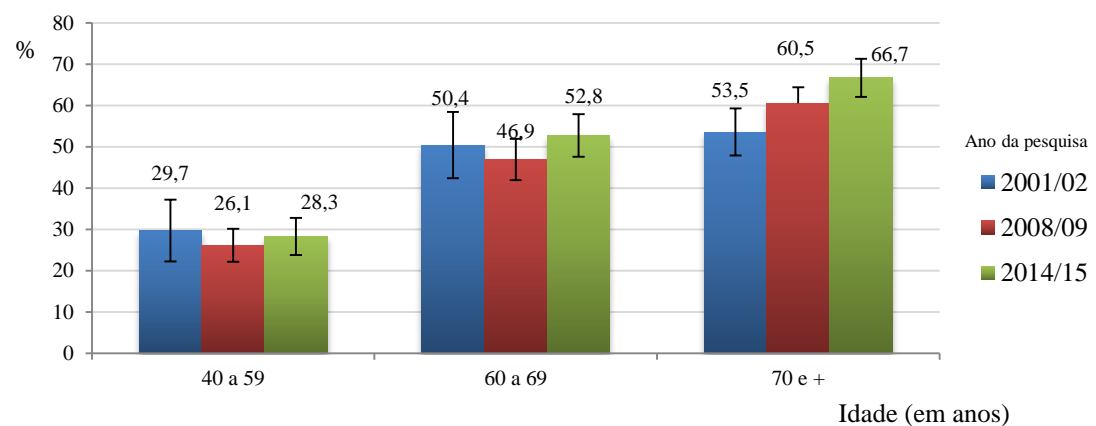


Figura 36. Prevalência de diabetes segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

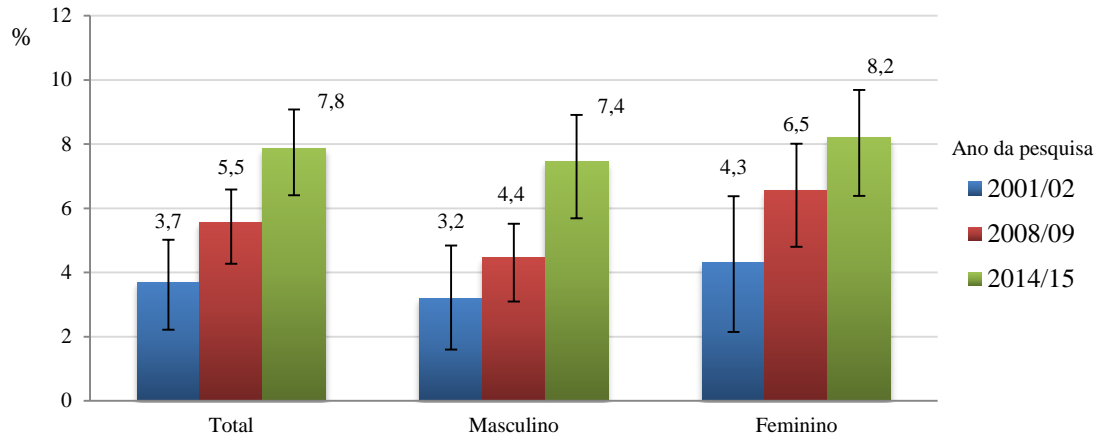


Figura 37. Prevalência de diabetes mellitus segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

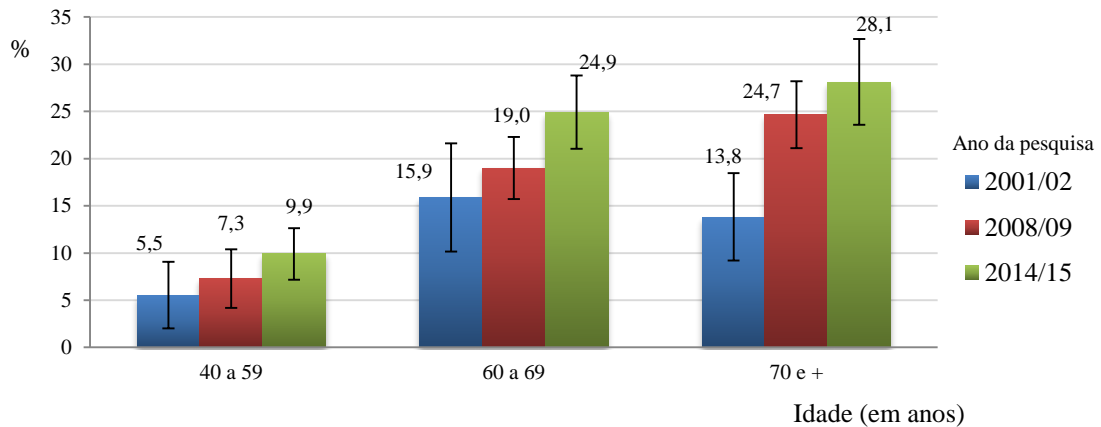


Figura 38. Prevalência de problemas de saúde no sexo masculino. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

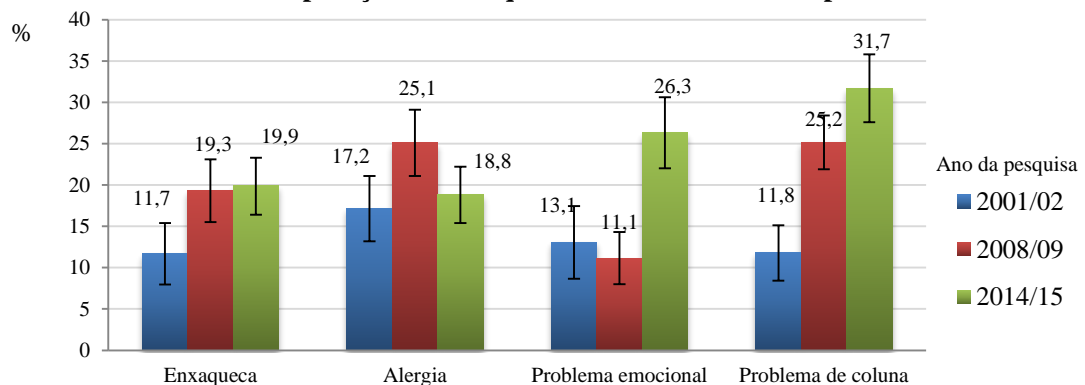


Figura 39. Prevalência de problemas de saúde no sexo feminino. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

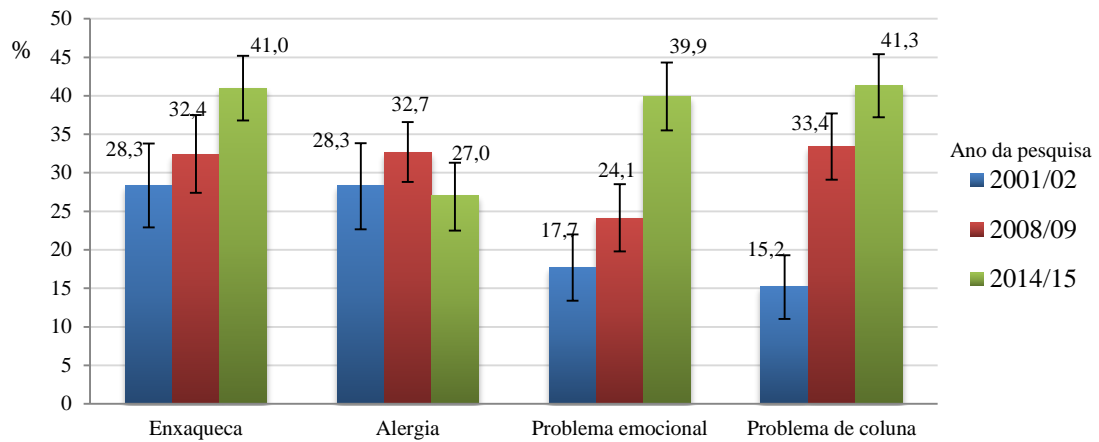


Figura 40. Prevalência de problemas de saúde em adolescentes. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

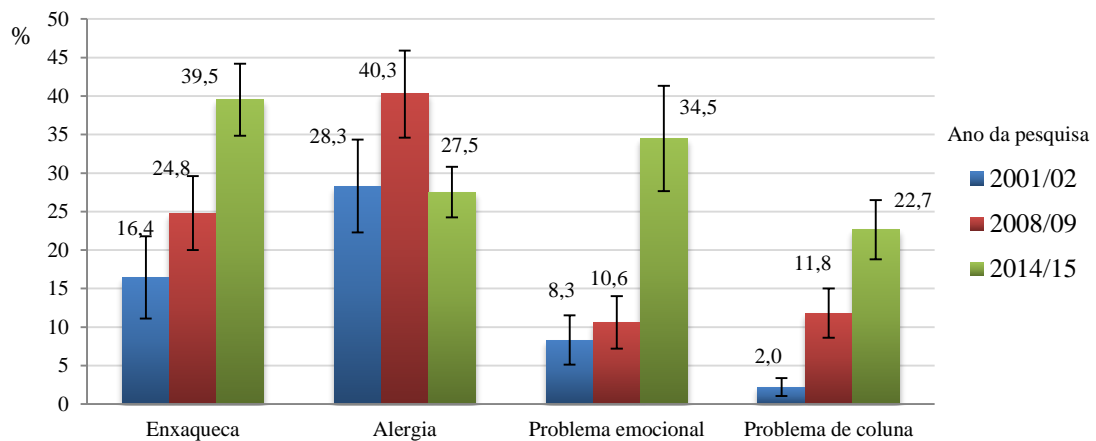


Figura 41. Prevalência de problemas de saúde em adultos. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

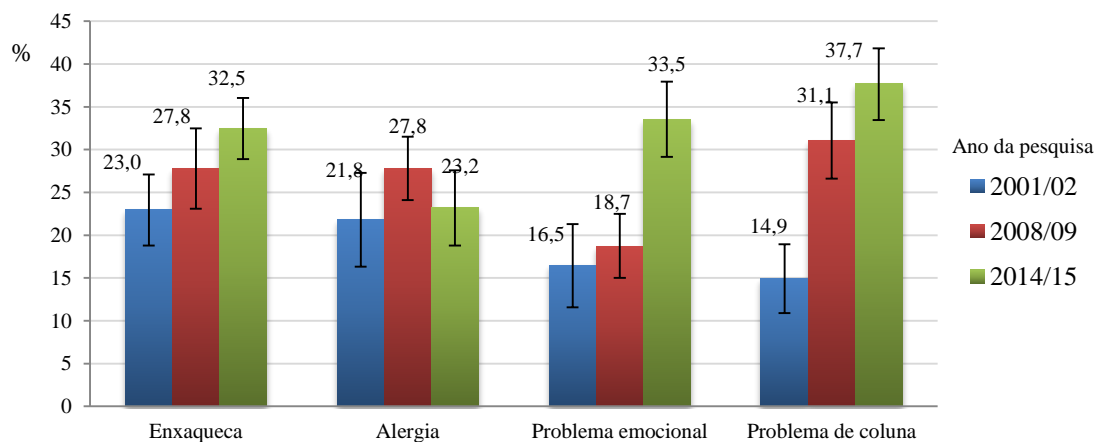


Figura 42. Prevalência de problemas de saúde em idosos. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

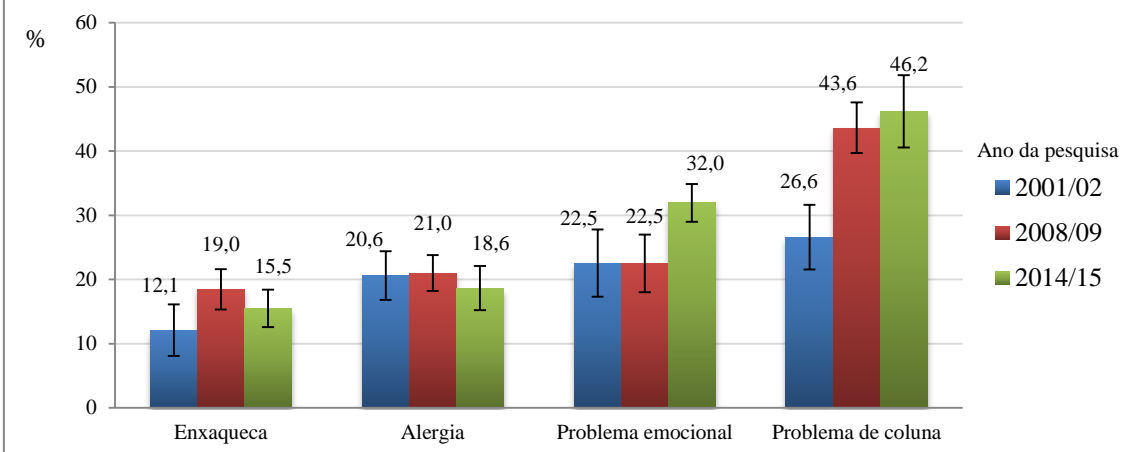


Figura 43. Prevalência de obesidade segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

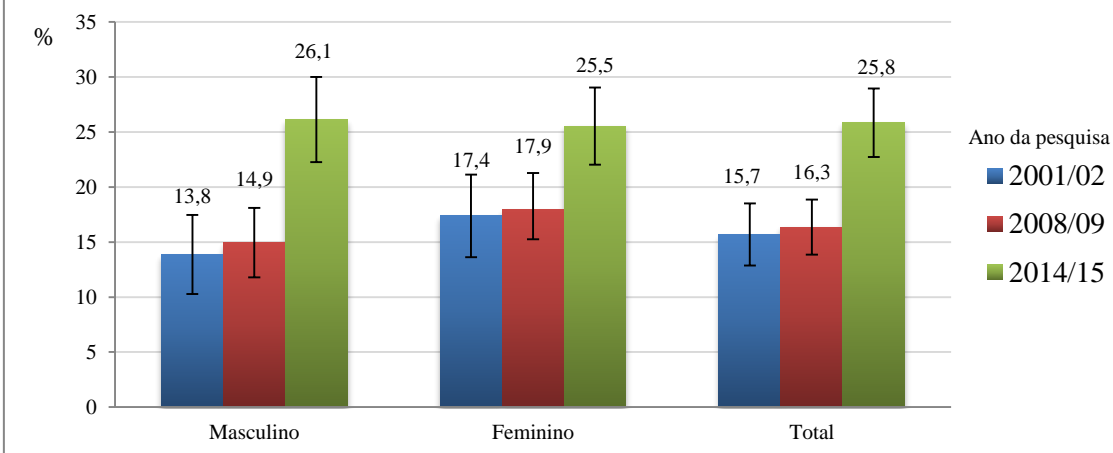


Figura 44. Prevalência de obesidade segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos

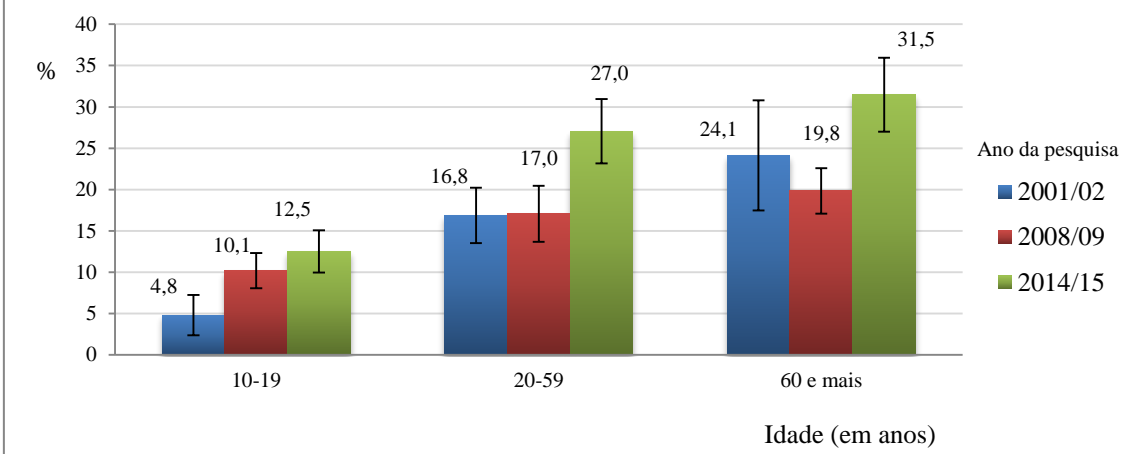


Figura 45. Prevalência de excesso de peso segundo sexo. Comparação entre inquéritos.

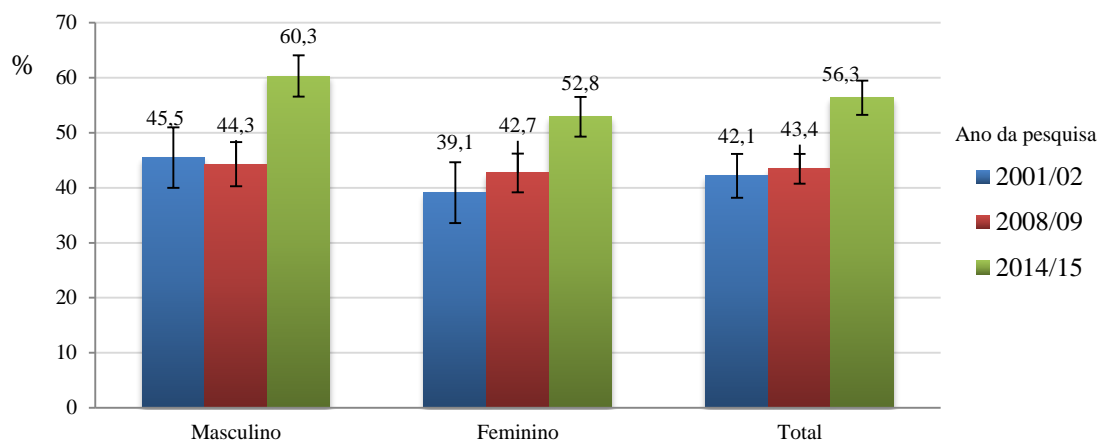


Figura 46. Prevalência de excesso de peso segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos.

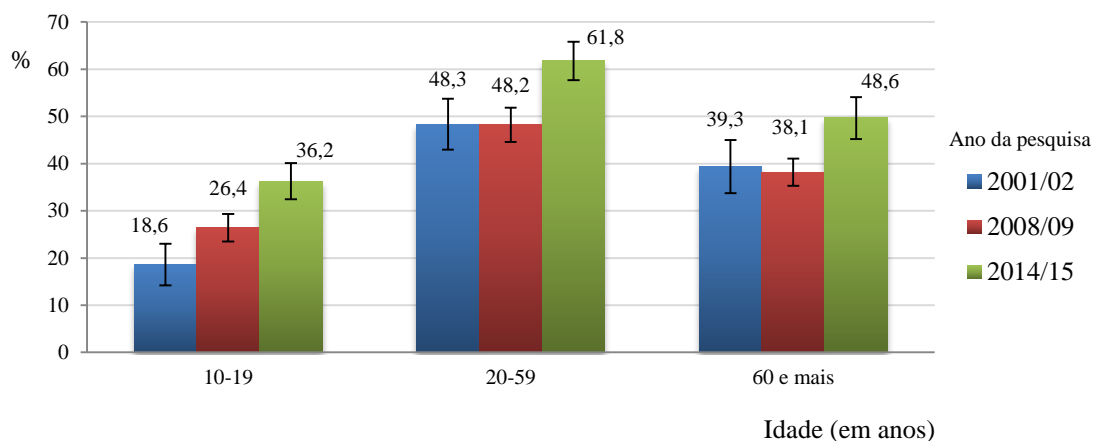


Figura 47. Prevalência de tabagismo em pessoas com 18 anos ou mais. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

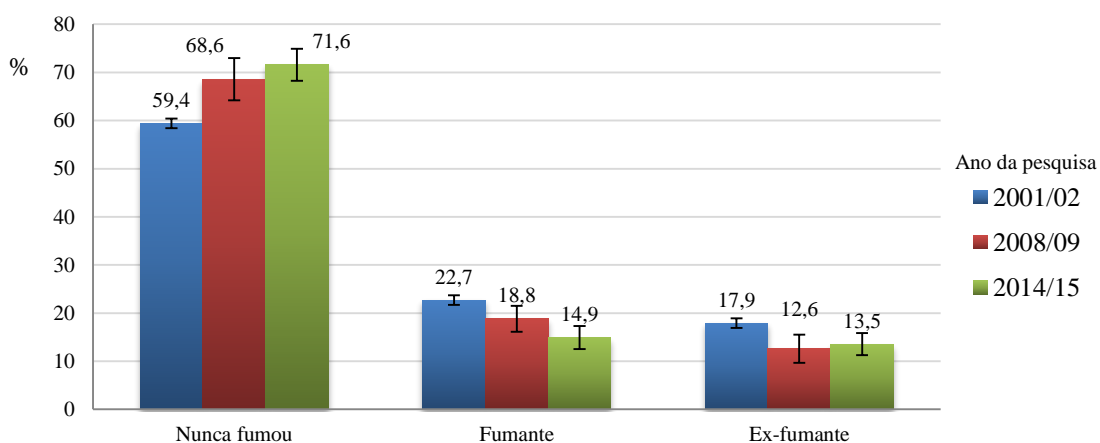


Figura 48. Prevalência de tabagismo segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

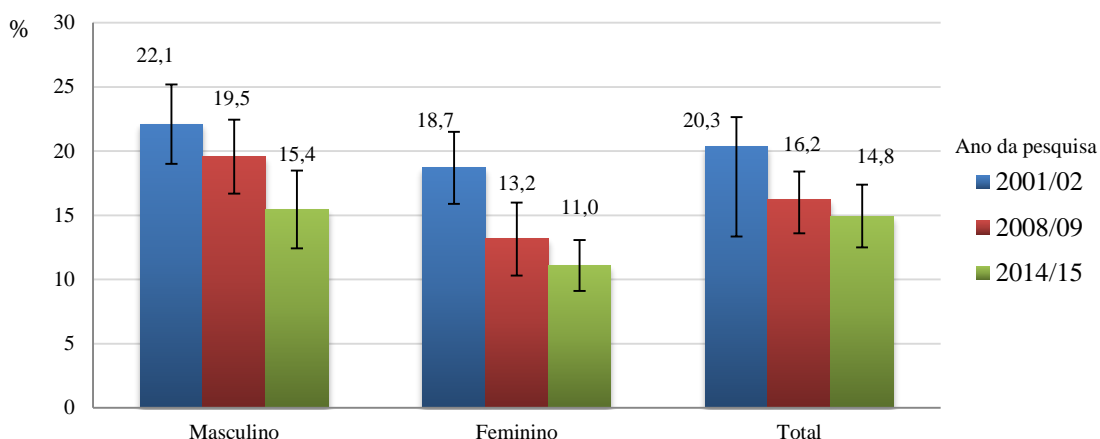


Figura 49. Prevalência de tabagismo segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.

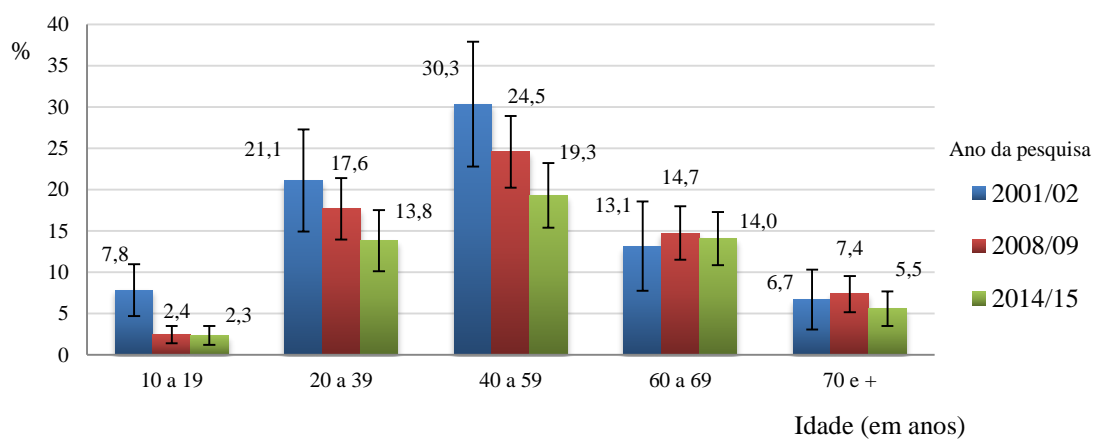


Figura 50. Prevalência de consumo de risco de álcool (AUDIT) segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.

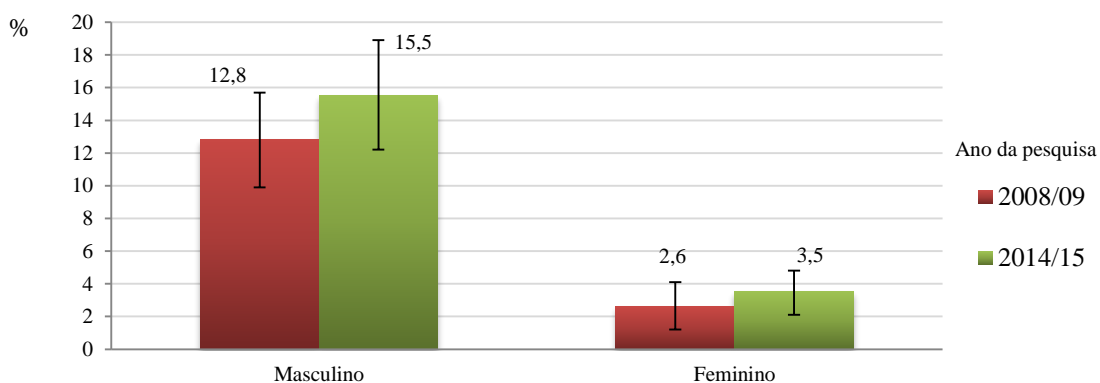


Figura 51. Prevalência de consumo de risco de álcool (AUDIT) entre indivíduos com 12 anos ou mais de idade, segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.

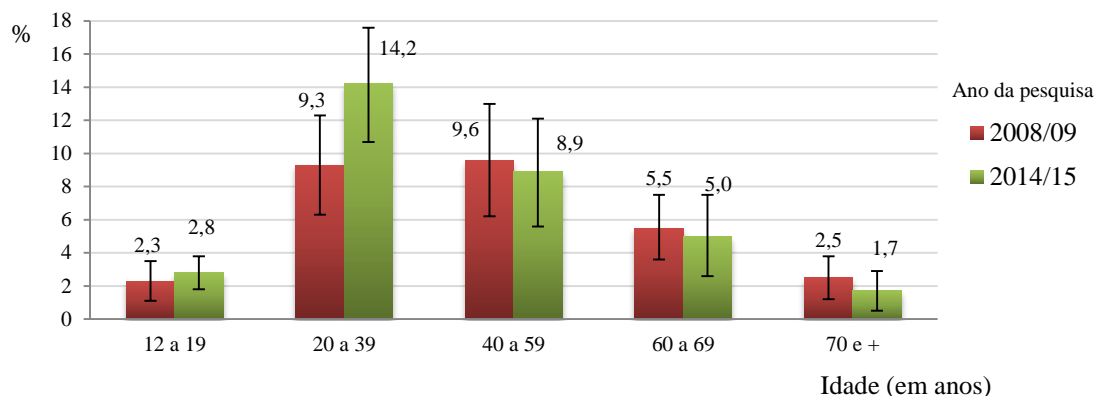


Figura 52. Prevalência de inatividade física segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.

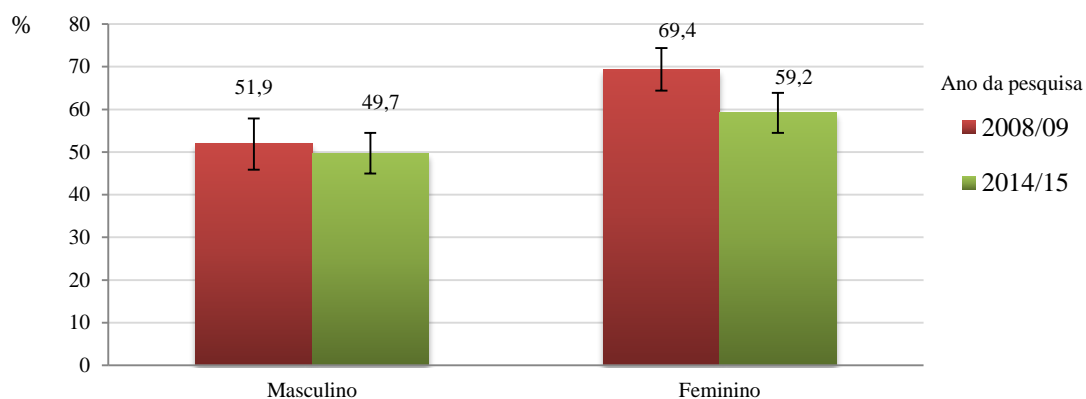


Figura 53. Prevalência de inatividade física segundo idade. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.

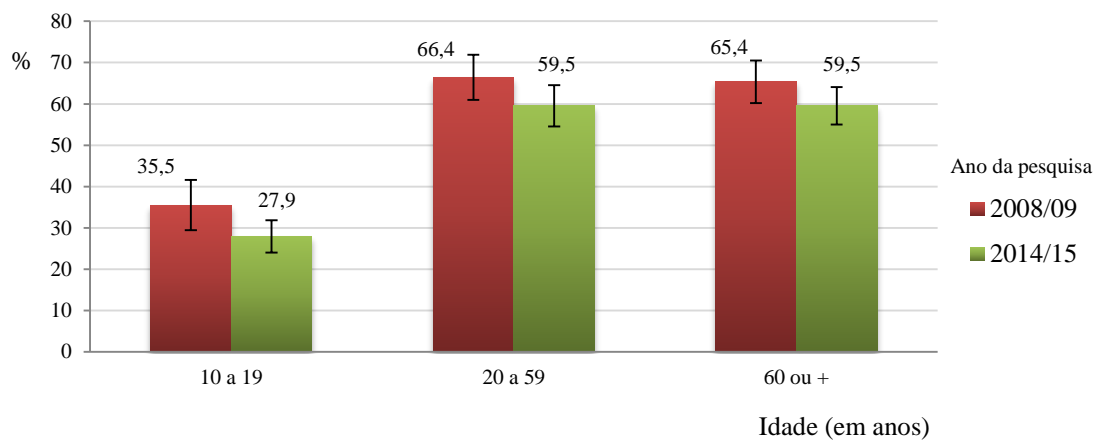


Figura 54. Prevalência de posse de plano privado de saúde segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.

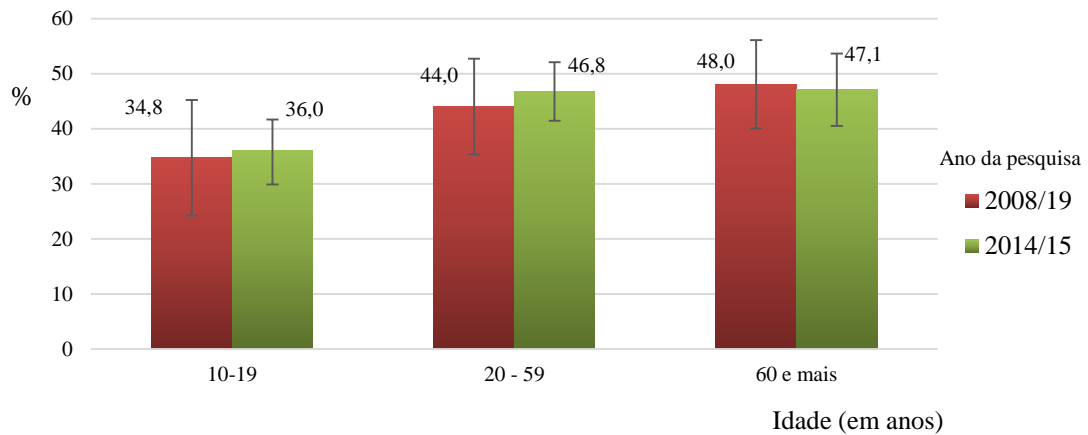


Figura 55. Prevalência de posse de plano privado de saúde segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.

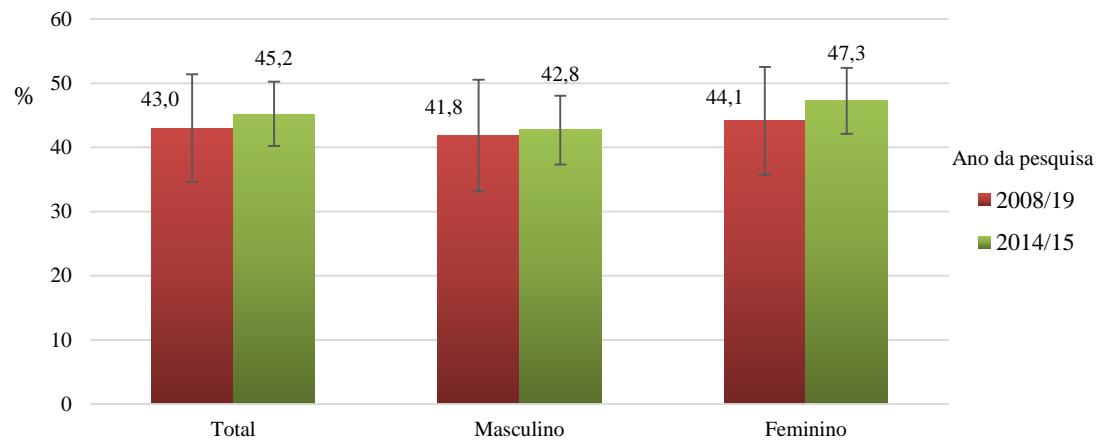
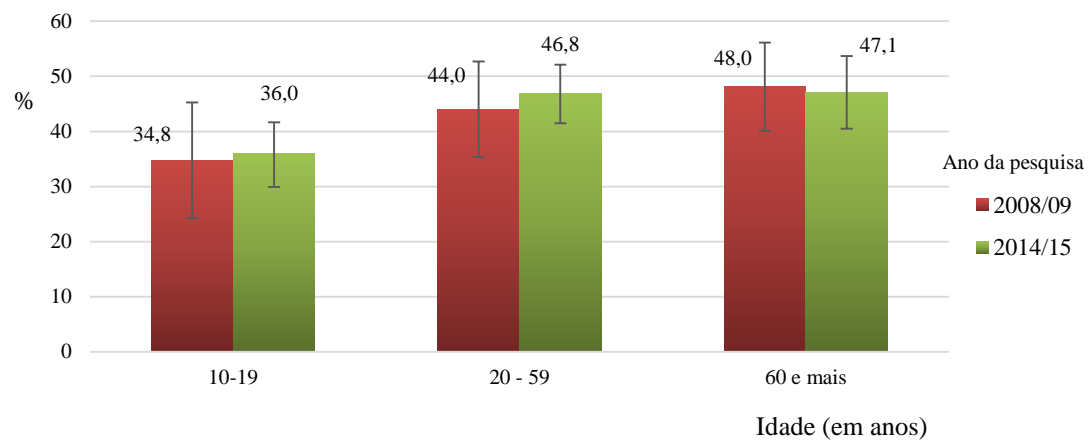
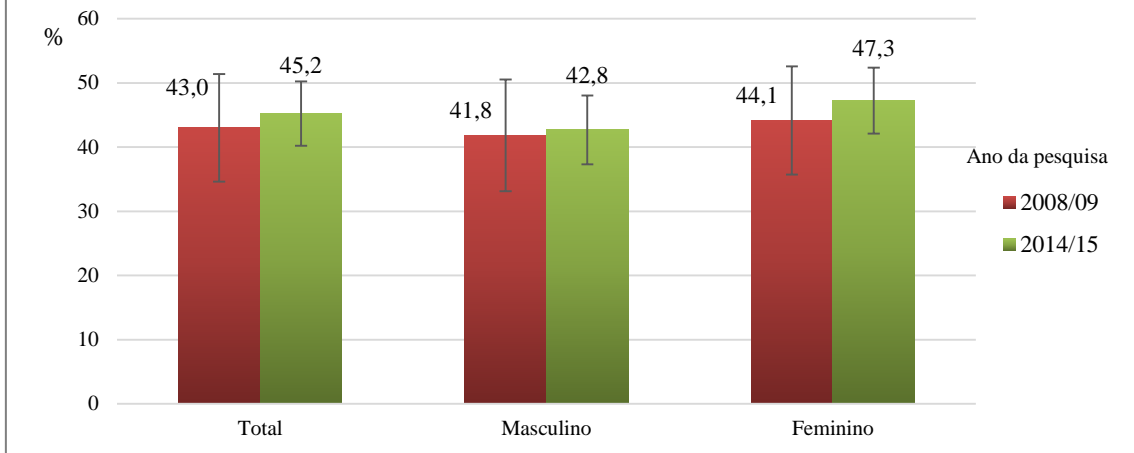


Figura 56. Prevalência de consultas odontológicas segundo faixa etária. Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.



**Figura 57. Prevalência de consultas odontológicas segundo sexo.
Comparação entre inquéritos ISACamp 2008/09 e 2014/15.**



9. Referências bibliográficas

1. Adams PF, Schoenborn CA. Health behaviors of adults: United States, 2002–04. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat.* 2006; 10(230). p.151.
2. Amorim VMSL, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22 (11): 109-18.
3. Amorim VMSL. As práticas preventivas para o câncer de mama, do colo do útero e da próstata no município de Campinas, SP, Brasil: um olhar sobre a equidade. [Tese de doutorado] Saúde Coletiva, UNICAMP, 2010.
4. Amorim VMSL, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27: 347-56.
5. Barros MBA, Botega N, Dalgalarondo P, Marin-Leon L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(4): 502-9.
6. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2008; 11(supl1): 6-19.
7. Barros MBA et al. As dimensões da Saúde - Inquérito populacional em Campinas. São Paulo: HUCITEC, 2008, v.1. p.229.
8. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43 (Supl2): 27-37.
9. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD:2003-2008. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011a; 16 (9): 375-68.
10. Barros MBA; Francisco PM; Lima MG; Cesar CLG. Social inequalities in health among elderly. *Cad. Saúde Pública.* 2011b; 27: S198-S208.
11. Bastos TF, Alves MCGP, Barros MBA, Cesar CLG. A saúde dos homens: desigualdades sociais em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28 (11):2133-2142.
12. Beihl DA, Liese AD, Haffner SM. Sleep Duration as a Risk Factor for Incident Type 2 Diabetes in a Multiethnic Cohort. *Ann Epidemiol.* 2009;19: 351–57.
13. Birchler-Pedross, Schröder CM, Münch M, Knoblauch V, Blatter K, Schnitzler-Sack C, Wirz-Justice A, Cajochen C. Subjective well-being is modulated by circadian phase, sleep pressure, age and gender. *Journal of Biological Rhythms* 2009; 24(3):232-42.
14. 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.
15. Brasil. Ministério da Saúde, SVS/SAS/INCA. 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.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011. 148p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, MS, 2012a.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Edta do MS, 2012b.
19. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health.* 2010; 100 (suppl 1): S186-96.
20. Cappuccio FP, D’Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep.* 2010; 33 (5): 585-92.
21. Castro-Costa E, Dewey ME, Ferri CP et al. Association between sleep duration all-cause mortality in old age: 9-year follow-up of the Bambuí Cohort Study, Brazil. *J Sleep Res.* 2011; 20: 303-10.
22. Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev. Nutr.* 2005; 18 (6): 765-75.
23. Chipperfield JG. Incongruence between health perceptions and health problems. *J Aging Health.* 1993; 5: 475-96.
24. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras Reumatol.* 1999; 39 (3): 143-50.
25. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil/CNDSS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
26. DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J et al. Health Care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care.* 2009; 47: 440-7.
27. Diener E, Suh ME. Subjective well-being and old age: An international analysis. In: Schaie KW, Lawton MP, editors. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics.* New York: Springer; 1998. p.304-24.

28. 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.
29. Fisberg RM; Morimoto JM, Slater, B et al. Dietary quality and associated factors among adults living in the state of São Paulo, Brazil. *JADA* 2006;106 (12): 2067-2072.
30. Florindo AA, Guimarães W, Cesar CLG et al. Epidemiology of leisure, transportation, occupational and household physical activity: prevalence and associated factors. *Journal of Physical Activity & Health.* 2009. 6: 625-32.
31. Francisco PM, Donalisio MR, Barros MB, Cesar CL, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados com a vacinação contra influenza em idosos. *Rev. Panam Salud Publica.* 2006; 19(4): 259-64.
32. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Cesar CLG, Alves MCGP. Inquérito de saúde no município de Campinas (ISACamp): Comparação de estimativas segundo posse de linha telefônica residencial. *Cad. Saúde Pública.*2011a;27:1951 - 1960.
33. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Alves MCGP, César CLG, Malta DC. Comparação de estimativas para o auto-relato de condições crônicas entre inquérito domiciliar e telefônico - Campinas (SP), Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2011b; 14(1)Supl: 5-15.
34. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Alves MCGP. Comparação de estimativas de inquéritos de base populacional: ISACamp e VIGITEL. *Rev Saúde Pública* 2012 [no prelo].
35. Fryback DG. Measuring health-related quality of life. Workshop on advancing social science theory: the importance of common metrics. The National Academies, Division of Behavioral and Sciences and education. Washington, DC. 2010.
36. Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: the age of obesity and inactivity. *JAMA.* 2010; 303 (3): 275-6.
37. Gonçalves DM, Stein AT, Kapezinski F. Performance of the Self-reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 43: 65-73.
38. Guimarães W, Florindo AA, Stopa SR et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras epidemiol.* 2010; 13(2): 314-25.
39. Heslop P, Smith GD, Metcalfe C, Macleod J, Hart C. Sleep duration and mortality: The effect of short or long sleep duration on cardiovascular and all-cause mortality in working men and women. *Sleep Medicine.* 2002; (3):305-14.
40. Hong TB, Oddone EZ, Dudley TK, Bosworth HB. Subjective and objective evaluations of health among middle-aged and older veterans with hypertension. *J Aging Health.* 2005; 17 (5): 592-608.
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. p. 150.
42. 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.
43. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int. J. Epidemiol.* 2001; 30 (4): 668-77.
44. Kunst A. Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality. [Thesis]. Rotterdam: Erasmus University; 1997.
45. Laguardia J, Campos MR, Travassos CM, Najar AL, Anjos LA, Vasconcellos MM. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PSDS), Brazil, 2008. *Health Qual Life Outcomes.* 2011; 3: 9-61.
46. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, FarrelM, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol.* 2005; 40 (6): 584-589.
47. Lima, MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L ; Ciconelli R M. Elderly health related quality of life: SF-36 evaluation in a population-based study. *Cad Saúde Pública.* 2009a; 25(10): 2159-67.
48. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica* 2009b; 25 (4): 314-21.
49. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCG. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-base study. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45 (3): 485-93.
50. Lima MG, Francisco PMSB, Barros MBA. Sleep duration pattern and Chronic Diseases in Brazilian adults (ISACAMP, 2008/09). *Sleep Medicine (Amsterdam. Print).* 2012a; 13 (2): 139-44.
51. Lima MG, Barros MBA, Alves MCGP. Sleep duration and health status assessment (sf-36) in the elderly. Population based study (ISACAMP 2008). *Cad Saúde Pública,* 2012b; 28(9): 1674-84.
52. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38 (6): 827-834.
53. Lucca A, Moura EC. Validity and reability of self-reported weight, height and body mass index from telephone interviews. *Cad Saúde Pública* 2010; 26 (1): 110-22.
54. Ludemir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (2): 213-21.
55. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(1):159-67.

56. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148: 23-26.
57. Marmot M. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. *Glob Health Promot*. 2009; Suppl 1: 23-7.
58. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.
59. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003; 98 (6): 799-804.
60. Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM. Obesity and inequities in health in the developing world. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28 (9): 1181-6.
61. Morimoto JM, Marchioni DML, Cesar CLG, Fisberg RM. Statistical innovations improve prevalence estimates of nutrient risk populations: Applications in Sao Paulo, Brazil. *J Am Diet Assoc*. 2012; 112: 1641-1618.
62. Najman JM, Toloo G, Siskind V. Socioeconomic disadvantage and changes in health risk behaviours in Australia: 1989-90 to 2001. *Bull World Health Organ*. 2006; 84 (12): 976-184.
63. Nosikov A, Gudex C. EUROHIS: developing common instruments for health surveys. WHO Regional Office for Europe. IOS, Biomedical and Health Research, vol 57, 2003
64. Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57 (10): 1096-103.
65. Organização Mundial da Saúde [OMS]. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.
66. Previdelli AN, Andrade SC, Pires MM, Ferreira SRG, Fisberg RM, Marchioni DM. A revised version of the Health Eating Index for the Brazilian population. *Rev Saúde Públ* 2011, 45(4): 794-798.
67. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household survey on health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO. 2002. p. 369-86.
68. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. 2011; 377 (9781): 1949-61.
69. Senicato C, Barros MBA. Desigualdades sociais na saúde em mulheres adultas no município de Campinas, SP. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(10): 1903-1914.
70. Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Pan Am J Public Health*. 2002; 12 (6): 375-83.
71. Sturgis P et al. Comparative review and assessment of key health status measures of the general population. Department of Health UK. 2001. p. 126.
72. Szwarcwald CL, Viacava F. Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26 (1): 216-17.
73. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11 (supl 1): 98-112.
74. Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11 (4): 863-869.
75. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis*. 2010; 96:12-19.
76. Ware JE, Jr., Kosinski M, Bjorner JB, Turner-Bowker DM, Gandek B, Maruish ME. User's Manual for the 36v2® Health Survey (2nd ed.). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2007.
77. World Health Organization [WHO]. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
78. Yancey AK, Wold CM, McCarthy WJ, Weber MD, Lee B, Simon PA, Fielding JE. Physical Inactivity and overweight among Los Angeles county adults. *Am J Prev Med*. 2004; 27 (2): 146-152.
79. Zancheta LM, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010, 13: 387-399.

10. Equipe de participantes do projeto

Pesquisadora responsável:

Marilisa Berti de Azevedo Barros – DSC/FCM/UNICAMP

Pesquisadores principais:

Margareth Guimarães Lima - DSC/FCM/UNICAMP

Chester Luis Galvão César – FSP/USP

Maria Cecília Goi Porto Alves – IS/SES

Moisés Goldbaum – FMUSP

Regina Mara Fisberg – DN/FSP/USP

Pesquisadores associados:

Maria Rita Donalísio Cordeiro – DSC/FCM/UNICAMP

Gastão Wagner de Sousa Campos - DSC/FCM/UNICAMP

Renata Cruz Soares Azevedo – Depto de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP

Gustavo Pereira Fraga – Depto de Cirurgia – FCM/UNICAMP

Alunos de Pós Graduação atualmente no projeto:

Lhaís de Paula Barbosa Medina - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP (bolsa Capes)

Camila Stefani Estancial Fernandes - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP (bolsa Fapesp)

Mariana Mapelli de Paiva – Saúde Coletiva FCM/UNICAMP – IFNMG

Neuciani Ferreira da Silva - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP (bolsa Capes) – ISC/ UFMT.

Marylane Viana Veloso - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP

Alana Moura Quintans Felix - Saúde coletiva FCM/UNICAMP (bolsa Capes)

Renata Luz Pinto - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP

Cecília Correa Ávila - Saúde coletiva FCM/UNICAMP (bolsa Capes)

Patrícia Alvarenga Santini - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP

Vivian de Castro Lemos - Saúde Coletiva, Políticas e Gestão em saúde FCM/UNICAMP

Lívia Helena Terra Souza - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP

Thiago Cherbo - Saúde Coletiva FCM/UNICAMP

Codificação

Bloco de Medicamentos: Camila Stéfani Estancial (farmacêutica),

Ocupação: codificada pelo CBO- Código Brasileiro de Ocupação por Rodolfo Arruda

Bloco de morbidades e problemas de saúde: codificados pelo Código Internacional de doenças, décima revisão, volume 1 (CID-10), por Andrea Rabelo (servidora da vigilância em saúde da regional).

Supervisão de campo:

Laís Gomes Maurício e Lhaís de Paula Barbosa Medina

Financiamento:

A pesquisa foi financiada pela FAPESP, por meio de auxílio pesquisa.

Processo FAPESP: 2012/23324-3, com vigência de 1/03/2013 a 28/02/2015

Valor: R\$ 298.900,00

Recebeu apoio financeiro também de contrato com a SMS de Campinas, por meio de convênio da SMS com a SVS/MS.

Processo Unicamp nº. 02P-28749/2013 UNICAMP/FUNCAMP/SMS

Funcamp nº. 4903

Valor: R\$ 217.932,00

Comitê de ética:

Plataforma Brasil Parecer 409.714 de 30/09/2013

Sistema CEP/CONEP CAAE no. 20547513.2.0000.5404a

Entrevistadores:

Ana Claudia Alves Martina

Andrea Aparecida Rabelo

Anna Carolina Sara Fonseca

Camila Bertho

Celeste Maria Sasal Ribeiro

Daniela Martins Malta de Oliveira

Fátima Regina Contiero San Martini

Gisele Pallone de Figueiredo

Graciella Dalla Torre

Harriet White

Izabel Cristina Matos dos Santos

Juliana Barbosa de Carvalho

Juliana Mara da Silva

Karoline Hartung Mingoti

Lhaís de Paula Barbosa Medina

Lucas Moreira Almeida de Moraes

Luciana Casacio

Maria Angela Moreira almeida de Moraes

Maria Célia Rodrigues Serafim

Mariana Contiero San Martini

Marianne Hartung Vidoto

Marli de Cássia Paula Batista da Silva

Natália Ribeiro Sai

Núbia Pereira da Silva

Pedro Henrique Barbosa de Abreu

Renata Miachon de Oliveira

Thaís Barboza Caselli

Vânia Maria Duarte

Verônica Gronau Luz

Análise de consistência

Camila Stéfani Estancial Fernandes (Bloco J);

Neuciani Ferreira de Silva (Bloco C);

Renata Luz Pinto (Blocos H e I);

Mariana Mapelli de Paiva (Bloco D);
Patrícia Alvarenga Santini (Bloco K1);
Rodolfo Arruda (Bloco K2);
Tássia Fraga Bastos (Bloco K3).

Os outros blocos foram avaliados pela aluna de doutorado Lhaís de Paula Barbosa Medina e pela pesquisadora do CCAS, Dra. Margareth Guimarães Lima.