



IZABEL LOPES DE SOUZA

**Inatividade física na população adulta de
Campinas, SP, Brasil: prevalência e fatores
associados.**

CAMPINAS

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Izabel Lopes de Souza

**Inatividade física na população adulta de Campinas,
SP, Brasil: prevalência e fatores associados.**

Orientadora: **Profa. Dra. Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco**

Co-orientadora: **Profa. Dra. Margareth Guimarães Lima**

Dissertação de Mestrado apresentado à Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, área de concentração: Epidemiologia.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA IZABEL LOPES DE SOUZA

E ORIENTADA PELA ORIENTADORA PROFA.DRA. PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO

Assinatura orientadora:

CAMPINAS

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

So89i Souza, Izabel Lopes, 1988-
Inatividade física na população adulta : estudo de base populacional em
Campinas, São Paulo, Brasil / Izabel lopes de Souza. – Campinas, SP : [s.n.],
2014.

Orientador: Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco.
Coorientador: Margareth Guimarães Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Atividade física. 2. Prevalência. 3. Adulto. 4. Inquéritos epidemiológicos. 5.
Brasil. I. Francisco, Priscila Maria Stolses Bergamo. II. Lima, Margareth
Guimarães, 1968-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Physical inactivity in the adult population : population-based study in
Campinas, São Paulo, Brazil

Palavras-chave em inglês:

Physical activity

Prevalence

Adult

Health surveys

Brazil

Área de concentração: Epidemiologia

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco [Orientador]

Neuber José Segri

Roberta Cunha Matheus Rodrigues

Data de defesa: 11-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

IZABEL LOPES DE SOUZA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO



2. PROF(A). DR(A). NEUBER JOSÉ SEGRI



3. PROF(A). DR(A). ROBERTA CUNHA MATHEUS RODRIGUES



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 11 de fevereiro de 2014

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Wanderley e Inês,
pois sem eles este trabalho não teria se realizado.

AGRADECIMENTOS

À **Prof(a). Dr(a). Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco**, agradeço pelo acolhimento e pela orientação segura durante meu percurso.

À **Prof(a). Dr(a). Margareth Guimarães Lima**, minha co-orientadora, pelo apoio durante esse mesmo período.

À **Prof(a). Dr(a). Marilisa Berti de Azevedo Barros** pela atenção e pela oportunidade que me deu de trabalhar com o ISACAMP.

À minha colega **Tássia Fraga Bastos**, por ter me guiado e apoiado na FCM desde antes de minha entrada no mestrado.

Às minhas outras **colegas do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)**, pelo convívio, ajuda e companheirismo.

Aos **professores e todos os funcionários do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**, pela construção do espaço que permitiu a realização deste meu trabalho.

Aos **meus pais**, por me darem condições, apoio e incentivo à realização deste trabalho.

A atividade física é considerada um fator protetor para uma série de doenças e de fatores de risco para doenças. Os estudos mais recentes sobre a relação entre atividade física e saúde claramente mostram a importância de se analisar seus quatro grandes domínios - o do lazer, o ocupacional, o da atividade doméstica e o de deslocamento - para se atingir a recomendação de 150 minutos por semana de atividade física moderada ou vigorosa, contribuindo para um estilo de vida saudável, prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas e, assim, uma melhor qualidade de vida. O objetivo do estudo foi investigar a prevalência de inatividade física e os fatores a ela associados em adultos, com dados de estudo de base populacional realizado em Campinas, São Paulo, Brasil no ano de 2008. Este é um estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados e em dois estágios. Para analisar a inatividade física foi usada a versão brasileira do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Foram calculadas as prevalências e as associações utilizando-se o teste qui-quadrado e as razões de prevalência (RP) estimadas pela regressão de Poisson. A prevalência de inatividade física total foi de 16,3% e entre os domínios foi de 65,9% no trabalho, 68,2% no doméstico, 41,5% no deslocamento e 65,8% no lazer. As mulheres foram menos inativas no domínio doméstico e maiores níveis de escolaridade estiveram associados com inatividade em todos os domínios exceto no de lazer, cuja associação foi inversa. Esses dados caracterizam o perfil da população estudada no campo de atividade física.

Palavras-chave: Atividade física. Prevalência. População adulta. Levantamentos epidemiológicos. Brasil.

ABSTRACT

Physical activity is considered a protective factor against a number of diseases and risk factors for diseases. The most recent studies on the relationship between physical activity and health clearly show the importance of analyzing the four major areas - leisure, occupational, domestic and commuting physical activity - to reach the recommended 150 minutes per week of moderate or vigorous physical activity, contributing to a healthy lifestyle, preventing the development of chronic diseases and, thus, a better quality of life. The aim of the study was to investigate the prevalence of physical inactivity and associated factors in adults, based on population-based study conducted in Campinas, São Paulo, Brazil in 2008. This is a two-stage cross-sectional population-based cluster sampling. To analyze physical inactivity, the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was used. We calculated the prevalence and associations using the chi-square test and the prevalence ratios estimated by Poisson regression. The prevalence of overall physical inactivity was 16.3% and across domains was 65.9% occupational, 68.2% in domestic, 41.5% in commuting and 65.8% in leisure. Women were less inactive in the domestic domain and younger people were less inactive in the commuting domain. Higher levels of education were associated with inactivity in all domains except in leisure, there was an inverse. These data characterize the profile of the population in the physical activity field.

Keywords: Physical activity. Prevalence. Adult population. Epidemiological surveys. Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade física
BA	Bahia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCAS	Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde
DF	Distrito Federal
DP	Desvio Padrão
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FVL	Frutas, Verduras e Legumes
GPAQ	Global Physical Activity Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IPS	International Prevalence Study
ISACamp	Inquérito de Saúde no Município de Campinas
ISA-CAPITAL	Inquérito de Saúde do Município de São Paulo
ISA-SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PI	Piauí
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RP	Razão de Prevalência
SABE	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
SC	Santa Catarina
SRQ-20	Self-Report Questionnaire
Stata	Stata Statistical Software
TMC	Transtorno Mental Comum
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência de inatividade física segundo condições demográficas e socioeconômicas nos domínios de atividade física na população adulta. Campinas, São Paulo, ISACamp 2008.

Tabela 2. Prevalência de inatividade física segundo comportamentos relacionados à saúde e estado de saúde nos domínios de atividade física na população adulta. Campinas, São Paulo, ISACamp 2008.

Tabela 3. Modelo de Regressão multivariada de Poisson para a inatividade física segundo domínios de atividade física na população adulta. Campinas, São Paulo, ISACamp 2008.

RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS	xv
LISTA DE TABELAS	xvii
1. INTRODUÇÃO	21
1.1. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em escala global	22
1.2. Prevenção e controle de DCNT em escala nacional	23
1.3. Prevalência de Atividade Física no Brasil	25
1.4. Medida de atividade física e os inquéritos populacionais.....	32
1.5. Justificativa	35
2. OBJETIVOS.....	37
2.1. Objetivo Geral	38
2.2. Objetivos Específicos.....	38
3. MATERIAL E MÉTODO	39
3.1. Desenho do estudo	41
3.2. População do estudo.....	41
3.3. Plano de amostragem	41
3.4. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)	43
3.5. Variáveis de estudo	45
3.6. Análise estatística.....	47
3.7. Aspectos éticos.....	47

4. RESULTADOS.....	49
4.1. Inatividade física e seus domínios em adultos residentes em Campinas: prevalência e fatores associados	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
7. ANEXOS	99

1. INTRODUÇÃO

1.1 Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em escala global

O mundo sofreu uma mudança no quadro epidemiológico nas últimas décadas em que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) aumentaram sua prevalência, tornando-se a principal causa de morte. Esse quadro é acompanhado de um elevado número de mortes prematuras e perda de qualidade de vida devido às limitações que essas doenças podem trazer, atingindo pessoas de todas as camadas sociais, em vários países (WHO, 2013; Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com o relatório da World Health Organization (WHO), em 2002, mais de um bilhão de adultos ao redor do mundo apresentavam sobrepeso e 300 milhões eram clinicamente classificados como obesos. Segundo o mesmo relatório, cerca de meio milhão de pessoas na América do Norte e na Europa Ocidental morreram anualmente devido a doenças relacionadas ao excesso de peso. Sobrepeso e obesidade são, de fato, importantes determinantes de saúde, podendo causar alterações metabólicas adversas, incluindo aumento da pressão arterial, colesterol e resistência à insulina, elevando os riscos de doença coronariana, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus e muitas formas de câncer (WHO, 2002).

Em termos globais, em 2005, a WHO estimou que, das 58 milhões de mortes, aproximadamente 35 milhões resultariam de doenças crônicas e que nos próximos 10 anos esse número aumentaria em mais 17% (WHO, 2005). Porém, em 2008, o número de mortes por DCNT foi maior que o estimado: 36 milhões ao redor do mundo, com destaque para as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (WHO, 2011). Em 2011, ainda de acordo com a WHO, aproximadamente 80% das mortes causadas por essas

doenças ocorreram em países de baixa ou média renda, sendo que destas, 29% foram relativas aos óbitos de pessoas com menos de 60 anos. Nos países ricos, apenas 13% das mortes no mesmo período foram consideradas precoces (WHO, 2011).

Apesar de ter uma maior prevalência em países mais pobres, as DCNT afetam cada vez mais o mundo todo, por isso a WHO elaborou o “2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases” com o objetivo de chamar a atenção para esse novo quadro epidemiológico, integrando a prevenção e controle dessas doenças às políticas globais, estabelecendo-as e reforçando-as para a prevenção e controle das DCNT. Esse plano de ação também abrange a promoção de intervenções para reduzir os principais fatores de risco modificáveis para DCNT (uso do tabaco, dietas não saudáveis, inatividade física e uso nocivo do álcool), a investigação, a criação de parcerias e o monitoramento dessas doenças e seus fatores determinantes para poder avaliar o seu progresso nos níveis regional, nacional e global (WHO, 2013).

1.2. Prevenção e controle de DCNT em escala nacional

A política brasileira tem mostrado grande preocupação com a prevenção e o controle das DCNT. O documento “*Pactos pela saúde 2006: Política Nacional de Promoção da Saúde*” propõe diversas mudanças no sistema de saúde brasileiro. Uma delas é a expansão do setor primário, focando a prevenção por meio de mudanças em fatores de risco modificáveis relacionados a algumas doenças. Porém, assim como em outros países, o Brasil também apresentou um crescimento significativo das DCNT, que se tornaram o problema de saúde de maior magnitude no país. Em 2007, essas doenças corresponderam a 72% das causas de

morte, atingindo principalmente camadas pobres da população e grupos vulneráveis (Schmidt et al., 2011).

Na tentativa de mudar esse quadro, o Ministério da Saúde (MS) criou o “*Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*”. Esse plano aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, doenças crônicas respiratórias e diabetes) com o objetivo de preparar o país, nos próximos dez anos, para enfrentar e controlar, por meio da prevenção e monitoramento, essas doenças e os fatores de risco a elas associados (Ministério da Saúde, 2011). Os principais fatores de risco para DCNT são: o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool (Malta et al., 2006). Tais fatores também são responsáveis pelo aumento da prevalência de sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes (WHO, 2012; Ministério da Saúde, 2011).

Portanto, apesar das dificuldades e problemas relacionados a esse rápido crescimento, as DCNT podem ser amenizadas e prevenidas por meio de intervenções visando a redução dos fatores de risco e a promoção de um estilo de vida saudável. A Política de Promoção da Saúde tem priorizado diversas ações relacionadas à alimentação, atividade física (AF), prevenção do uso do tabaco e do álcool. Especificamente no que se refere à AF, projetos como “*Plano Academia da Saúde*”, “*Plano Nacional de Transporte Ativo e Saudável*” e a “*Reformulação de espaços urbanos*” (construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas) estão sendo implementados em todo o país com o intuito de promover diferentes tipos de AF (Ministério da Saúde, 2011).

1.3. Prevalência de Atividade Física no Brasil

Os estudos epidemiológicos são de grande importância para o monitoramento do estado de saúde de diferentes populações, além de oferecer subsídios para avaliação e planejamento de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Viacava, 2002). No Brasil, estudos epidemiológicos sobre AF datam de meados da década de 1990, mas o primeiro estudo de grande relevância foi publicado em 2003. Trata-se do estudo de Monteiro et al. (2003), em que são analisados dados da “Pesquisa sobre Padrões de Vida”, realizada pelo IBGE nas regiões nordeste e sudeste do país nos anos de 1996-1997. Foram apresentados resultados de prevalência da prática de AF com base em amostra representativa das populações dessas duas regiões do país.

Nesse mesmo estudo, foram definidos ativos no lazer os indivíduos que realizavam um mínimo de 30 minutos de um ou mais exercícios físicos (ou esportes) em pelo menos um dia por semana. Os indivíduos foram classificados segundo: o número de dias que relatavam fazer essas atividades (1 ou 2 dias por semana, 3 ou 4 dias por semana, e 5 ou mais dias por semana); o principal tipo de exercício/esporte praticado; e a razão principal dessa prática. Os resultados mostraram que, no período pesquisado, os homens apresentavam uma prevalência de AF menor conforme o aumento de idade, passando de cerca de 35% na faixa etária de 20 a 25 anos, para cerca de 10% entre aqueles com 40 anos ou mais. Entre as mulheres, a prevalência de ativas foi mais estável até a faixa de 40 a 45 anos (cerca de 10%), aumentando em 5% até os 55 anos e diminuindo a partir dessa faixa etária (Monteiro et al., 2003).

O interesse sobre as práticas de AF cresceram muito na última década no Brasil e as pesquisas mostram que a prevalência de atividade e inatividade física não é a mesma em todo

o país (Dumith, 2009). Segundo o documento EUROHIS (2003), a atividade física consiste em movimentos produzidos pela contração do músculo esquelético que elevam o gasto de energia acima do nível basal. A atividade física pode se manifestar no trabalho ou educação, transporte, tarefas domésticas e lazer e suas principais características são a frequência, intensidade, duração e continuidade. Apesar da maioria dos estudos avaliar mais a prática de AF no período do lazer, existem outros domínios nessa área (Craig et al., 2003) conforme apontam Florindo e Hallal (2011):

1. AF no lazer: prática realizada durante o tempo livre. Geralmente essa prática é realizada em parques, clubes, praças, quadras, academias ou mesmo na rua tendo como exemplos a prática de futebol, basquetebol, jogos coletivos em geral, caminhada ou corrida e treino com pesos;

2. AF de deslocamento: prática realizada quando as pessoas se deslocam de um local para outro. Os dois principais tipos de deslocamento são a caminhada e o uso da bicicleta. O uso de escadas em alternativa ao uso de elevadores também é um exemplo de atividade nesse domínio;

3. AF doméstica: prática realizada como exigência das tarefas domésticas. O domínio inclui atividades de limpeza como varrer, lavar, fazer a faxina pesada, além de atividades de jardinagem;

4. AF ocupacional: prática realizada como exigência das funções específicas do trabalho. Esse domínio inclui as atividades físicas realizadas em cada profissão ou trabalho. São exemplos as atividades realizadas por carteiros, que caminham a maior parte do dia, ou serventes de pedreiros, que carregam muito peso.

O domínio de lazer é o mais estudado e a prática de AF nesse domínio é a mais incentivada, inclusive no Brasil. Porém, essa prática pode não ser suficiente para se atingir os gastos energéticos diários necessários para se prevenir problemas de saúde, como o sobrepeso e a obesidade (Allman-Farinelli et al., 2010; Bauman et al., 2008). Sendo assim, torna-se necessário considerar também os demais domínios (Haskell et al., 2007), certamente para o bem estar físico (Peeters et al., 2012; Florindo et al., 2009a); Hu et al., 2007; Hu et al., 2005), e também, possivelmente, para o bem estar mental (Sund et al., 2011; Fox et al., 2007; Ussher et al., 2007).

No caso do Brasil, o que se pode verificar é que os estudos sobre prevalência de AF apontam para grandes variações nos domínios e entre as populações. O estudo de Matsudo et al. (2002), por exemplo, sobre a prevalência de AF entre indivíduos de 14 a 77 anos de 29 cidades de pequeno, médio e grande porte do Estado de São Paulo, contemplou todos os domínios. Esses autores verificaram, com base em dados colhidos em 2002, que a porcentagem de indivíduos considerados ativos e muito ativos (que atingiam a recomendação mínima de 150 minutos semanais de AF) era de aproximadamente 46%, variando conforme o gênero, a idade, o nível socioeconômico, a região do Estado e o conhecimento ou não do programa “Agita São Paulo”. Por sua vez, o estudo desenvolvido por Florindo et al. (2009a) com adultos de 18 a 65 anos da cidade de São Paulo verificou que 22,9% deles não conseguiram alcançar os 150 minutos de AF semanais, mesmo considerando-se todos os domínios. Em Lages (SC), Lopes et al. (2010) verificaram que cerca de 29% da população feminina e 32% da população masculina, de 20 a 59 anos, também não atingiam a recomendação dos 150 minutos de AF semanais, mesmo considerando-se todos os domínios.

Quando se considera cada domínio isoladamente, verifica-se que no lazer, por exemplo, a prevalência de inativos é alta em termos mundiais e também no Brasil, apesar de ser de conhecimento geral os benefícios da prática de AF nesse domínio para a saúde. Num estudo com adultos de 18 a 64 anos na cidade de Madri, entre os anos de 1995 e 2008, Meseguer et al. (2011) verificaram um declínio dos níveis de AF ocupacional e de lazer no período investigado. O estudo de Lahti et al. (2011) com adultos de 40 a 60 anos de idade em Helsinque, no período 2000-2002 e em 2007, mostrou um aumento de AF no lazer entre aposentados.

No Brasil, Zanchetta et al. (2010), utilizando dados de inquérito de saúde de base populacional de 2001-2002 dos municípios de Campinas, Botucatu, Itapeverica da Serra, Embu, Taboão da Serra e distrito do Butantã em São Paulo, verificaram uma prevalência de inatividade no lazer de 65,4% na população adulta, com variações de acordo com fatores socioeconômicos e demográficos. Utilizando dados do “*Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*” (VIGITEL), coletados em 2006 em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, o estudo de Florindo et al. (2009b) envolvendo adultos de 18 anos ou mais, residentes em domicílios com linha telefônica fixa, mostrou que a prevalência de inativos no lazer era de cerca de 60%, sendo que Florianópolis (SC) foi a cidade com menor prevalência de inativos (47,4%) e Teresina (PI) foi a cidade com maior prevalência de inativos (68,2 %). Num estudo comparativo com dados do VIGITEL de 2006 e 2009, Hallal et al. (2011) verificaram que os homens foram mais ativos que as mulheres no tempo livre entre os anos de 2006 e 2009. Em Campinas, Zaitune et al. (2007) mostraram que, entre os idosos, a prevalência de inativos no lazer era de cerca de 71% em 2001.

Quanto aos fatores que podem influenciar a AF no lazer, um estudo realizado em 2007 no estado do Rio Grande do Sul com homens e mulheres trabalhadores da indústria, de 30 anos ou mais de idade, mostrou que as principais barreiras para a prática de AF no lazer eram o cansaço, o excesso de trabalho e as obrigações familiares (Silva et al., 2011). A prevalência de inatividade física no lazer da população estudada era de 45,6%. Segundo Lindstrom et al. (2001), diferenças socioeconômicas e de participação em atividades sociais também podem estar associadas à prática de AF no lazer. O estudo de Zaitune et al. (2010) sobre a população idosa de Campinas apontou proporções mais elevadas da prática de AF no lazer entre pessoas com escolaridade igual ou superior a 8 anos, com renda familiar *per capita* entre 2,5 e 4 salários mínimos, que se declararam não fumantes ou ex-fumantes, que referiram consumo de bebidas alcoólicas de 1 a 3 vezes por semana, e que não apresentavam transtorno mental comum (TMC) na época da pesquisa.

O domínio da AF ocupacional tem sido cada vez mais estudado e algumas vezes relacionado ao domínio de AF de lazer. Num estudo realizado na Austrália, verificou-se que indivíduos que não são fisicamente ativos no trabalho nem sempre compensam com a AF de lazer, resultando em um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade na população, ou seja, mesmo quando há realização de AF no lazer, pode não ser suficiente para compensar a inatividade no trabalho e atender às recomendações da WHO (Allman-Farinelli et al., 2010). Numa revisão feita por Kirk et al. (2011), são mencionados estudos que investigaram apenas duas categorias ocupacionais: não manual (white-collar) e manual (blue-collar). Nesses estudos foi verificada uma associação positiva entre a ocupação não manual e maiores níveis de AF no lazer. Porém, ainda em Kirk et al. (2011), são apontados outros estudos que introduzem uma categoria intermediária de ocupação que tornou-se a categoria com maiores

níveis de AF no lazer, fazendo com que as categorias de maior e menor qualificação possam apresentar maiores chances de não realizarem AF no lazer. Em 2007, Tigbe et al. (2011) estudaram a associação da prática de AF ocupacional de carteiros (grupo muito ativo no trabalho) e de trabalhadores que atuam na área administrativa do correio (grupo pouco ativo no trabalho) com a prática de AF fora do período de trabalho. Observaram que maiores níveis de AF ocupacional não estão associados a maiores níveis de AF fora do período de trabalho. Estudo realizado na cidade de São Paulo verificou que a prevalência de pessoas insuficientemente ativas no trabalho, ou seja, que realizam menos de 150 minutos semanais de AF ocupacional, foi de 68,9% em 2009, observando-se que gênero, idade e obesidade tinham relação com a prática de AF nesse domínio (Florindo et al., 2009a). Importante considerar que para a prevenção de sobrepeso e obesidade em países de transição como a China, Bauman et al. (2008) apontam que cerca de 16% desse gasto provêm de AF ocupacional e outros 16% de AF doméstica, sendo menor que 5% a contribuição de AF no lazer. Resultados sem grande variação entre os gêneros.

O domínio de AF doméstica é pouco estudado, mas essas atividades podem ter um papel importante no gasto calórico de AF total, principalmente para a população feminina, contribuindo para um aumento significativo da prevalência de pessoas fisicamente ativas nessa população (Phongsavan et al., 2004). De acordo com Lawlor et al. (2002), num estudo com mulheres de 60 a 79 anos de idade, de 15 cidades britânicas, se esse domínio de AF fosse avaliado a maioria dessas mulheres seria considerada ativa, embora a associação entre AF doméstica pesada e menores riscos de sobrepeso não tenha sido verificada. Outro estudo realizado na Inglaterra em 2003, com pessoas de 16 anos ou mais (Stamatakis et al., 2007), também mostrou a não associação entre AF doméstica e prevenção de doenças

cardiovasculares na população estudada. No Brasil, Florindo et al. (2009b), utilizando os dados do VIGITEL de 2006, observaram maior prevalência de ativos (48,5%) no domínio doméstico, sendo que pessoas com menor renda, menor nível de escolaridade e do sexo feminino eram as mais ativas nesse domínio específico. Da mesma forma, estudo realizado nos municípios de Camaçari e Salvador (BA) com dados de indivíduos de 18 anos de idade ou mais, de baixo e alto nível socioeconômico, respectivamente (Reis et al., 2009), verificou maior prevalência de inativos no grupo de maior nível socioeconômico, sendo considerada a hipótese de que isso se deve ao maior envolvimento do outro grupo com atividades laborais e domésticas de maior gasto energético.

Finalmente, o domínio de AF de deslocamento a pé ou de bicicleta, tem merecido atenção e sido afetado pelo crescente aumento do uso de veículos nas cidades. Kitchen et al. (2011) utilizaram a base de dados do *Canadian Community Health Survey* dos anos de 2001 e 2005 com o propósito de verificar quais características do estado de saúde, socioeconômicas e urbano-local estão associadas à prática de ir para o trabalho caminhando. Verificaram que adultos com o peso normal eram mais propensos a essa prática e que mulheres e pessoas mais jovens eram menos. A falta de incentivo também tem sido estudada como um dos motivos da inatividade no domínio do deslocamento. Müller-Riemenschneider et al. (2010) realizaram um estudo na Alemanha em que cartazes eram colocados nas escadas dos metrô com o intuito de incentivar o uso delas e não o das escadas rolantes. Foi contado o número de passageiros que usavam a escada antes, durante e uma semana após a retirada dos cartazes e verificou-se que o uso de escadas aumentou significativamente entre as mulheres. Em 2006 no Brasil, segundo os dados do VIGITEL, Florindo et al. (2009b) verificaram que apenas 14,2% dos homens e 9,6% das mulheres realizavam 30 minutos de deslocamento a pé ou de

bicicleta por dia. Já Hallal et al. (2011), por meio de análise comparativa com dados do mesmo inquérito telefônico, observaram que houve um pequeno aumento do percentual de ativos no domínio do deslocamento: de 14,4% para 18,0% entre homens, e de 9,6% para 11,5% entre mulheres, para o período de 2006 e 2009. De fato, apesar da AF no lazer ser a mais incentivada na maioria dos países, os poucos estudos focando AF de deslocamento mostram que sua prática também pode promover grandes benefícios à saúde, o que justifica a promoção de atividades desse domínio pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Estudo epidemiológico recente sobre AF com os dados da população adulta brasileira no período de 2006 a 2009, utilizando instrumento que permite a análise separada dos domínios de AF, mostrou que os níveis de AF da população entre 2006 e 2009 eram estáveis no tempo livre e nas atividades domésticas, mas aumentavam no deslocamento, acarretando uma diminuição no percentual de inativos no país (Hallal et al., 2011).

Em relação à bibliografia estudada, pode-se verificar que a nas últimas décadas houve um pequeno aumento na prática de AF de deslocamento e AF total. Porém, ainda não atingindo a recomendação mundial.

1.4. Medida de atividade física e os inquéritos populacionais

Conforme aponta Viacava (2002), inquéritos populacionais são instrumentos muito utilizados em estudos epidemiológicos para a obtenção de informações sobre saúde, hábitos de vida e características de uma dada população com vistas à formulação e avaliação de políticas e intervenções na área da saúde.

No Brasil, os inquéritos de saúde de base populacional têm sido fundamentais para o levantamento de vários aspectos relacionados à saúde das populações inseridas em áreas de abrangência diversas. O “Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo” (ISA-SP), o “Inquérito de Saúde no Município de Campinas” (ISACamp) e o “Inquérito de Saúde do Município de São Paulo” (ISA-CAPITAL) são alguns exemplos, entre outros. Dentre as pesquisas, a “Pesquisa Nacional de Saúde” (PNS), o VIGITEL, o “Saúde, Bem Estar e Envelhecimento” (SABE) e a “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar” (PENSE) destacam-se no cenário nacional.

Todos esses inquéritos e pesquisas abordam, de formas diversas, o tema AF. Porém, é importante ressaltar que a maioria deles, bem como estudos nacionais e internacionais sobre esse tema, apresentam formas de mensuração, definição e nomenclatura muito variadas, o que dificulta ou impossibilita a comparação de resultados. Em consequência, há uma grande necessidade de se padronizar os instrumentos e critérios em estudos epidemiológicos (Macniven et al., 2012; Ford e Caspersen, 2012; Dumith, 2009; Stamatakis et al., 2009). Em resposta a esse problema, a WHO criou formas de mensuração de AF autorreferida em base populacional, sendo as mais utilizadas no mundo atualmente o “*International Physical Activity Questionnaire*” (IPAQ), criado em 1997, e o “*Global Physical Activity Questionnaire*” (GPAQ) (Macniven et al., 2012; Dumith, 2009; Hallal et al., 2007; Armstrong e Bull, 2006; Craig et al., 2003).

O IPAQ é usado em 51 países pela WHO (Guthold et al., 2008) e em 20 países pelo International Prevalence Study (IPS), sendo o único questionário a mensurar, separadamente, os quatro domínios de AF e o “tempo gasto sentado” na semana e durante o final de semana (Bauman et al., 2009). Existem duas versões desse questionário, o IPAQ versão curta, que

avalia todos os domínios de AF juntos, e o IPAQ versão longa, que avalia cada domínio separadamente. Apesar da existência de um maior número de estudos utilizando o IPAQ versão curta, essa versão vem sendo cada vez menos utilizada por não permitir o estudo dos domínios de AF de forma separada (Hallal et al., 2010).

Uma mudança importante no campo das nomenclaturas e definições se refere à distinção entre os conceitos de inatividade física e sedentarismo. Comportamentos sedentários têm sido medidos pelo tempo gasto sentado no trabalho, em casa, assistindo TV e/ou dirigindo (Ford e Caspersen, 2012; Florindo e Hallal, 2011), enquanto a inatividade física tem sido compreendida como a não prática de AF. Conforme sugerem Ford e Caspersen (2012), níveis elevados de comportamento sedentário no trabalho podem aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mesmo quando não há inatividade, ou seja, mesmo quando são realizadas AF no lazer, por exemplo. A simples interrupção desses comportamentos sedentários pela introdução de alguma atividade que movimente o corpo durante esse tempo parado seria, segundo esses autores, uma forma de se prevenir eventuais problemas de saúde. O mesmo se aplica ao contexto doméstico, embora sejam escassas as evidências para orientar intervenções nos comportamentos sedentários entre adultos nesse contexto (Ford e Caspersen, 2012).

Assim, no presente estudo foram analisados dados do ISACamp 2008, que utilizou o questionário IPAQ versão longa, permitindo, portanto, a abordagem, em separado, dos quatro domínios de AF previamente apresentados.

1.5. Justificativa

Embora exista um grande número de estudos nacionais e internacionais a respeito da prática de AF e saúde, são escassos os estudos que abordam os quatro domínios da AF (ocupacional, deslocamento, doméstica e de lazer), considerados essenciais para atender a recomendação da prática de 150 minutos de AF moderada ou vigorosa por semana (Haskell et al., 2007). Nesse sentido, inquéritos de saúde abrangentes que contemplam tópicos relevantes sobre saúde, estilos de vida e comportamentos de saúde possibilitam análises de informações importantes sobre a (in)atividade física em seus domínios e suas relações com variáveis sociodemográficas, estado de saúde e de comportamentos relacionados à saúde. Isso permite detectar, para o conjunto da população, as necessidades de um grupo específico e buscar intervenções mais efetivas. Desse modo, os resultados inéditos do presente pesquisa poderão fornecer subsídios para a elaboração, implementação e avaliação de estratégias, sobretudo preventivas, relativas ao cuidado do bem estar mental e físico da população adulta de 18 a 59 anos de idade, residente no município de Campinas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar a prevalência de inatividade física e os fatores a ela associados em adultos (18 a 59 anos), a partir de estudo de base populacional realizado em Campinas, São Paulo, Brasil no ano de 2008.

2.2. Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de inatividade física total e nos domínios ocupacional, doméstico, deslocamento e lazer, na população adulta;
- Verificar a associação de fatores sociodemográficos, estado de saúde e comportamentos relacionados à saúde com a inatividade física total e nos domínios ocupacional, doméstico, deslocamento e lazer.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O “Inquérito de Saúde no Município de Campinas” (ISACamp) foi realizado no período de janeiro de 2008 a abril 2009 pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo foi identificar os perfis de estado de saúde, estilo de vida (fatores de risco para doenças crônicas) e uso de serviços de saúde de diferentes segmentos sociais, avaliando também o grau de equidade/desigualdade social da população. O instrumento de coleta utilizado é apresentado no Anexo 2.

Situado a 100 km da cidade de São Paulo, o município de Campinas é um ativo polo industrial e tecnológico, abrangendo uma área de 794,4 km², perímetro urbano de 388,9 km² e uma área rural de 407,5 km². Em 2010, contava com uma população de 1.080.113 habitantes, conforme o último Censo Demográfico, com cerca de 61% das pessoas com idade entre 20 e 59 anos, ou seja, mais de 656 mil adultos (IBGE, 2013).

De acordo com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do município era de R\$33.939,56 e segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD – Brasil), em 2003 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,852, classificando Campinas em 24º lugar no *ranking* de municípios do Brasil (PNUD, 2013).

Segundo boletim do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, a esperança de vida dos que nasciam no município era de 74,7 anos em 2005, sendo de 71,1 anos para os homens e 78,4 anos para as mulheres (CCAS, 2007). Não há dados mais recentes disponíveis.

Em relação à prevalência de doenças crônicas na população adulta (18 a 59 anos), dados do ISACamp revelam prevalência de 13,6% para hipertensão, 3,6% para diabetes, 3,5% para doença cardiovascular e 3,5% para asma, bronquite e enfisema. A prevalência de pessoas com sobrepeso (IMC maior ou igual a 25kg/m^2 e menor que 30kg/m^2) foi de 30,6% e de obesidade (IMC maior ou igual a 30kg/m^2) foi de 16,6%.

3.1. Desenho do estudo

Este é um estudo transversal de base populacional, descritivo e analítico.

3.2. População de estudo

Neste estudo foram utilizados dados de 1.118 indivíduos pertencentes ao grupo de adultos com idade entre 18 e 59 anos que compõem parte da amostra do inquérito ISACamp 2008.

3.3. Plano de amostragem do inquérito

A amostra do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp) foi obtida por intermédio de amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios: sorteio dos setores censitários e sorteio dos domicílios. No primeiro estágio, 50 setores censitários foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho (número de domicílios). O sorteio foi sistemático e os setores foram ordenados pelo percentual de chefes de família com nível universitário. Houve, portanto, uma estratificação implícita pelo grau de escolaridade do chefe de família. O objetivo da pesquisa foi o estudo de aspectos diversos referentes a três subgrupos da população do município de Campinas: adolescentes (10 a 19 anos), adultos

(20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). Para a determinação do número de pessoas que comporiam a amostra, foi considerada a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($p = 0,50$), nível de 95% de confiança na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando mil indivíduos em cada subgrupo da população.

O tamanho da amostra foi corrigido para 1.250, pois a taxa de resposta esperada era de 80%. Uma vez atualizados os mapas dos setores sorteados e elaboradas as listas de endereços, foram selecionados, de forma independente, 2.150 domicílios para a amostra de adolescentes, 700 domicílios para a amostra de adultos e 3.900 para a amostra de idosos. Em cada domicílio, as informações dos moradores de cada faixa etária selecionada foram obtidas por meio de um questionário previamente testado em um estudo piloto, aplicado por entrevistadores treinados e supervisionados.

O questionário utilizado foi organizado em blocos temáticos contendo questões, em sua maioria fechadas, com alternativas pré-definidas. Os blocos temáticos são: estado de saúde (morbidade, acidentes e violências, saúde emocional e qualidade de vida em saúde), uso de serviços de saúde (consultas médicas e odontológicas, hospitalizações e cirurgias, planos de saúde, práticas preventivas, imunização e uso de medicamentos), comportamentos relacionados à saúde (AF, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, hábito alimentar, peso e recordatório 24 horas) e condições socioeconômicas do entrevistado, do domicílio e da família (Anexo 2).

Desse modo, nesta pesquisa foram usados registros de um inquérito abrangente que contempla informações sobre AF.

3.4. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

Criado em 1997 pela WHO, o IPAQ teve como finalidade original estimar o nível de prática habitual de AF de populações de diferentes países na tentativa de padronizar a forma de mensuração de AF. Atualmente é um dos questionários mais utilizados no Brasil e no mundo (Macniven et al., 2012; Dumith 2009; Hallal et al., 2007), tendo sido validado no Brasil por Craig et al. (2003). Diversos estudos mostraram sua validade e importância para estimativas e comparação de resultados (Bauman et al., 2009; Guthold et al., 2008; Hallal et al., 2003; Matsudo et al., 2001).

Esse instrumento possui duas versões. A versão curta é composta por 8 questões que fornecem informações sobre a prática de caminhadas, atividade de intensidade vigorosa e moderada, e o tempo gasto sentado. Porém, essa versão não distingue os tipos de AF, impossibilitando a avaliação dos domínios de AF separadamente. A versão longa do IPAQ é composta por 27 questões, das quais 7 se referem ao domínio “ocupacional”, 6 ao domínio “deslocamento”, 6 ao domínio “doméstico”, 6 ao domínio “lazer” e 2 questões coletam dados sobre comportamento sedentário (uma delas sobre o tempo gasto sentado durante 1 dia na semana, e outra sobre o tempo gasto sentado durante 1 dia no final de semana). Essas questões fornecem informações sobre a frequência (número de dias), duração (em horas e minutos) e intensidade (moderada e vigorosa) das atividades praticadas e comportamentos sedentários. Essa versão do questionário apresenta os domínios separadamente, permitindo um estudo mais específico de cada um deles. O questionário apenas considera as atividades que têm uma duração mínima de 10 minutos consecutivos, portanto a atividade não é contabilizada quando tem duração menor. Esse instrumento também separa atividades

moderadas, definidas como aquelas que requerem algum esforço físico e que elevam moderadamente a frequência respiratória em relação ao estado normal, e atividades vigorosas, definidas como atividades que precisam de um grande esforço físico e que elevam a frequência respiratória de forma significativa em relação ao normal.

Dessa forma, os entrevistados podem ser classificados como “inativos”, “insuficientemente ativos” e “ativos”, conforme o tempo e frequência de AF relatados (Lopes et al., 2010; Florindo et al., 2009a); Bauman et al., 2009). O cálculo do tempo semanal de prática de AF é dado pelo tempo de atividade moderada em minutos, mais duas vezes o tempo de atividade vigorosa também em minutos, multiplicado pelo número de dias da semana em que a pessoa realiza a atividade. Dessa forma, as pessoas classificadas como “inativas” são aquelas que não realizam nenhuma AF, ou seja, “0” minutos por semana. As classificadas como “insuficientemente ativas” realizam algum tempo de AF, mas não atingem a recomendação de 150 minutos por semana. As classificadas como “ativas” são, portanto, as que atingem ou superam essa recomendação.

Apesar dos indivíduos classificados como “insuficientemente ativos” não atingirem os 150 minutos semanais de AF, as atividades que praticam ainda podem gerar algum tipo de benefício à saúde. Sendo assim, no presente estudo optou-se por agrupá-los aos ativos contrapondo os que realizam alguma AF, àqueles que não realizam nenhuma. Desse modo, os fatores associados à variável inatividade física podem ser melhor avaliados.

3.5. Variáveis de estudo

Variável dependente

No presente estudo, a variável dependente foi a inatividade física total e em seus quatro domínios (ocupacional, doméstico, de deslocamento e lazer).

Em cada domínio de AF estudado, os indivíduos foram classificados como “inativos” - quando não referiram realização de qualquer AF na semana – e “insuficientemente ativos e ativos” quando referiram ao menos 10 minutos consecutivos de AF por semana. A média de minutos dos insuficientemente ativos foi mais próxima dos ativos do que dos inativos: 137,1 minutos para o domínio de trabalho ($dp = 22,7$), 79,2 minutos para o domínio de deslocamento ($dp = 3,4$), 117,3 minutos para o domínio doméstico ($dp=12,6$) e 111,1 minutos para o domínio de lazer ($dp = 7,3$). Para a AF total, foram considerados inativos apenas os indivíduos tidos como inativos em todos os domínios.

Variáveis independentes

Para a análise dos fatores associados à inatividade física em seus diferentes domínios, foram selecionadas variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde, comumente utilizadas em inquéritos de saúde que caracterizam a população (Cesar, 2005). Portanto, os seguintes conjuntos de variáveis independentes foram usados:

- Variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino, feminino), idade (18 a 29 anos, 30 a 49 anos, 50 a 59 anos), situação conjugal (com cônjuge, sem cônjuge), escolaridade (0 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 anos ou mais), renda familiar *per capita* em salários mínimos vigentes à época da pesquisa: janeiro a abril/2008: R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009: R\$450,00 (menos de 1 salário mínimo, 1 a 3 salários mínimos, mais de 3 salários mínimos), número de residentes no domicílio (1 a 2 pessoas, 3 a 4 pessoas, 5 pessoas ou mais) e posse de computador no domicílio (sim, não);
- Variáveis de comportamentos relacionados à saúde: tabagismo (não fumante, fumante), uso de álcool (não bebe, 1 a 4 vezes por mês, 2 ou mais vezes por semana), duração do sono (6 horas ou menos, 7 a 8 horas, 9 horas ou mais) e consumo diário de frutas, verduras e legumes (FVL) (sim, não).
- Variáveis de estado de saúde: autoavaliação da saúde (excelente/muito boa, boa, ruim/muito ruim) e Transtorno Mental Comum (TMC), mensurado utilizando o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (Santos et al., 2009; Mari e Williams, 1986).

Validado por Mari e Williams (1986) na cidade de São Paulo, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é recomendado pela OMS (Beusenbergh et al., 1994) para ser usado em países em desenvolvimento e tem se mostrado eficaz no rastreamento e detecção de transtornos mentais comuns. Esse instrumento é composto por 20 questões com respostas dicotômicas (“sim” ou “não”) sobre humor depressivo-ansioso, sintomas

somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. A cada resposta “sim” é atribuído o valor um, sendo o escore final a soma das respostas positivas, podendo variar de 0 a 20 (Santos et al., 2009). A presença de TMC foi definida quando o entrevistado respondeu “sim” para 8 questões ou mais, assim, apresentando sintomas de transtorno mental comum (Gonçalves et al., 2008).

3.6. Análises estatísticas

A análise de dados foi desenvolvida em duas etapas: inicialmente foram estimadas as prevalências de inatividade física total e em cada domínio. A associação entre cada variável dependente (inatividade física total e em cada domínio) e as diversas variáveis consideradas no presente estudo foi realizada pelo teste de Rao Scott com nível de 5% de significância. Em seguida, foi realizada análise múltipla pela regressão de Poisson com variância robusta (Barros e Hirakata, 2003). No modelo múltiplo, as análises foram ajustadas segundo sexo, faixa etária, escolaridade e renda. O critério para inclusão foi a associação com a inatividade física em cada domínio, com $p < 0,20$ na análise bivariada. Por meio do procedimento stepwise backward, permaneceram no modelo apenas aquelas variáveis com $p < 0,05$. As análises dos dados foram realizadas no programa Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais incorporam os aspectos da amostragem complexa (Kish, 1965).

3.7. Aspectos éticos

Todos os participantes do inquérito tomaram conhecimento dos objetivos da pesquisa e do tipo de informação solicitada, assinando um termo de consentimento de

participação. Como apenas dados consolidados foram analisados e divulgados, foi resguardado seu anonimato. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em adendo ao parecer nº 079/2007 (Anexo 1).

4.RESULTADOS

Os resultados desse estudo são apresentados no formato de um artigo científico.

4.1. Inatividade física em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil

Physical inactivity among adults living in Campinas, São Paulo, Brazil

Izabel Lopes de Souza^I

Priscila Maria S. Bergamo Francisco^I

Margareth Guimarães Lima^I

Marilisa Berti de Azevedo Barros^I

^IFaculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Departamento de Saúde Coletiva.

Resumo

O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de inatividade física em todos os seus domínios, na população adulta (18 a 59 anos), segundo fatores demográficos, socioeconômicos, de comportamentos relacionados à saúde e de estado de saúde. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados e em dois estágios realizado em Campinas em 2008. Para mensurar atividade física foi utilizada a versão brasileira do International Physical Activity Questionnaire. A prevalência de inatividade física total foi de 16,3% e entre os domínios foi de 65,9% no trabalho, 68,2% no doméstico, 41,5% no deslocamento e 65,8% no lazer. As mulheres foram menos inativas no domínio doméstico e maiores níveis de escolaridade estiveram associados com inatividade em todos os domínios exceto o de lazer, cuja associação foi inversa. Este estudo proporciona subsídios para o monitoramento e a implementação de políticas públicas para a promoção de atividade física.

Palavras-chave: Atividade física. Prevalência. População adulta. Levantamentos epidemiológicos. Brasil.

Abstract

The aim of the study was to estimate the prevalence of physical inactivity in all domains in the adult population (18-59 years) according to demographic, socioeconomic, health behaviors and health status. This is a population-based cross-sectional study with cluster sampling in two stages held in Campinas in 2008. To analyze physical inactivity we used the International Physical Activity Questionnaire. The overall prevalence of physical inactivity was 16.3%, and among the areas was 65.9% at work, 68.2% at home, 41.5% at commuting and 65.8% at leisure. Women were less inactive in the domestic domain and higher levels of education were associated with inactivity in all domains except leisure, there was an inverse. This study provides subsidies for monitoring and the implementation of public policies for the promotion of physical activity.

Keywords: Physical activity. Prevalence. Adult population. Epidemiological surveys. Brazil.

Resumen

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de inactividad física en todos los dominios de la población adulta (18-59 años), de acuerdo con, las conductas de salud, demográficos socioeconómicos y estado de salud. Se trata de un estudio transversal de base poblacional, con muestreo por conglomerados en dos etapas y se celebró en Campinas en 2008. Para analizar la inactividad física se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física. La prevalencia de sedentarismo fue de 16,3% en general y en todos los dominios fue del 65,9% en el trabajo, 68,2% de la demanda interna, 41,5% en los desplazamientos y 65,8% en el ocio. Las mujeres eran menos inactivas en el ámbito doméstico y los niveles más altos de educación se asociaron con la inactividad en todas las áreas excepto en el ocio, hubo una relación inversa. Este estudio proporciona una base para el seguimiento y la implementación de políticas públicas para la promoción de la actividad física.

Palabras clave: Actividad Física. Prevalencia. Población adulta. Las encuestas epidemiológicas. Brasil.

Introdução

Os benefícios da atividade física (AF) na saúde, principalmente na prevenção de doenças crônicas é consenso na literatura mundial ^{1,2,3}, porém, o estudo da AF em seus diferentes domínios, ou seja, no trabalho, no deslocamento, em casa e no lazer, são escassos e fundamentais para aprofundar o conhecimento sobre a relação entre AF e saúde.

A maior parte dos estudos sobre AF tem analisado apenas o domínio do lazer e mostra uma relação muito importante entre esse domínio e a saúde. Recentemente, estudos têm abordado também o domínio do deslocamento, que, da mesma forma, tem apresentado forte relação com melhores estados de saúde ^{4,5,6,7}. Porém, essa associação positiva não é tão evidente em relação aos domínios ocupacional ^{5,6,7} e doméstico ^{8,9,10}, apontando a necessidade de mais estudos para a compreensão dos efeitos dessas atividades sobre a saúde da população.

A prática de AF em diferentes domínios é importante para se atingir a recomendação mundial de 150 minutos semanais de AF moderada ou de 75 minutos de AF vigorosa (ou uma combinação equivalente de AF moderada e vigorosa) para a população adulta (18 a 64 anos) ¹¹. Em 2002, a World Health Organization (WHO) estimou que 17% da população mundial não praticava nenhuma AF e aproximadamente 60% não eram consideradas ativas ¹². No ano de 2005, das 58 milhões de mortes que ocorreram em todo o mundo, 36 milhões foram estimadas como decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que têm a inatividade física como um importante fator de risco ¹³.

Cumprе salientar que, atualmente tem-se distinguido os termos inatividade física e sedentarismo. Sedentarismo, ou comportamento sedentário, consiste em tempo gasto

sentado no trabalho, em casa, assistindo TV e dirigindo ^{3,14}. Ford e Caspersen (2012)¹⁴ sugerem que níveis elevados de comportamento sedentário no trabalho podem aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e que apenas a prática de AF no lazer não necessariamente protege o indivíduo desse risco. A introdução de intervalos com alguma atividade que movimente o corpo durante esse tempo seria, segundo esses autores, uma forma de se intervir sobre o comportamento sedentário, prevenindo eventuais problemas de saúde.

Apesar das diferenças metodológicas entre os estudos, há um consenso na literatura de que níveis mais elevados de educação estão associados a níveis mais altos de AF em ambientes de lazer. Quanto ao fator idade, observa-se uma redução da realização de AF com o aumento da idade ¹⁵. Entre jovens ativos, a chance de se tornar adultos ativos é maior ¹⁶. Observa-se também que os homens tendem a ser mais ativos no lazer do que as mulheres, enquanto elas tendem a ser mais ativas no domínio doméstico ^{17,18,19}.

Para identificar as necessidades de populações específicas e introduzir programas de intervenção na prevenção de doenças, são necessários estudos que mostrem as relações e associações de AF em seus domínios, não apenas em relação a diferenças demográficas e socioeconômicas, mas também em relação a comportamentos relacionados à saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência de inatividade física total e em todos os seus domínios, na população adulta residente em Campinas, segundo fatores demográficos, socioeconômicos, de comportamentos relacionados à saúde e de estado de saúde.

Métodos

Estudo transversal de base populacional com amostra de 1.118 indivíduos (18 a 59 anos) não institucionalizadas, residentes em área urbana no município de Campinas, no período de 2008 e 2009. Os dados utilizados são provenientes do Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

A amostra do inquérito foi obtida por intermédio de amostragem probabilística por conglomerados e em dois estágios: setor censitário e domicílio. No primeiro estágio, 50 setores censitários foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho (número de domicílios). O sorteio foi sistemático, ordenando-se os setores pelo percentual de chefes que possuíam nível universitário.

O número de pessoas para compor a amostra foi obtido tendo em conta a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($p = 0,50$), nível de 95% de confiança na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando mil indivíduos em cada domínio de idade, a saber: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais). Esperando-se uma taxa de 80% de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250. Para alcançar esse tamanho de amostra em cada domínio, após atualização em campo dos mapas dos setores sorteados e elaboração da listagem de endereços, foram selecionados, de forma independente, 2.150, 700 e 3.900 domicílios para adolescentes, adultos e idosos, respectivamente.

As informações foram obtidas por questionário estruturado previamente testado em estudo piloto e aplicado em entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados.

Neste estudo, a variável dependente foi a inatividade física total e em seus quatro domínios (ocupacional, doméstico, deslocamento e lazer). As informações sobre a prática de AF em seus domínios foram obtidas mediante o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ versão longa). Criado em 1997 pela WHO, o IPAQ teve como finalidade original estimar o nível de prática habitual de AF de populações de diferentes países na tentativa de padronizar a forma de mensuração de AF. Atualmente é o questionário mais usado no Brasil e no mundo ^{15,20,21} e diversos estudos mostraram sua validade e importância para estimativas e comparação de resultados entre estudos ^{22,23,24,25,26}. Este questionário é composto de 27 questões que analisam a frequência, duração e intensidade de todos os quatro tipos de AF e o tempo gasto sentado no período de uma semana.

Em cada domínio de AF estudado, os indivíduos foram classificados como “inativos” - quando não referiram realização de qualquer AF na semana - e em “insuficientemente ativos e ativos” - quando referiram ao menos 10 minutos consecutivos de AF por semana.

Para a análise dos fatores associados à inatividade física nos diferentes domínios de AF, os seguintes conjuntos de variáveis independentes foram selecionados:

- variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar per capita (em salários mínimos vigentes à época da

pesquisa: janeiro a abril/2008: R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009: R\$ 450,00), número de residentes no domicílio e posse de computador no domicílio;

- variáveis comportamentais relacionadas à saúde: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, duração do sono e consumo diário de frutas, verduras e legumes (FVL). O consumo de bebida alcoólica foi categorizado em: pessoas que não bebem; que bebem até 4 vezes ao mês; e que bebem duas ou mais vezes por semana. Para o consumo de FVL foram considerados dois grupos: pessoas que consomem esses alimentos todos os dias e aquelas que não os consomem diariamente.
- variáveis de estado de saúde: autoavaliação da saúde (Excelente/muito boa, boa, Ruim/muito ruim) e Transtorno Mental Comum (TMC), mensurado utilizando o instrumento Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) ^{28,29}.

Foram estimadas as prevalências de inatividade física total e em cada domínio. A associação entre as diversas variáveis foi realizada pelo teste de Rao Scott com o nível de 5% de significância. Em seguida, foi realizada análise múltipla pela regressão de Poisson ²⁹. No modelo múltiplo, as análises foram ajustadas segundo sexo, faixa etária, escolaridade e renda. O critério para inclusão foi a associação com a inatividade física total e em cada domínio, com $p < 0,20$ na análise bivariada. Por meio do procedimento stepwise backward, permaneceram no modelo apenas aquelas variáveis com $p < 0,05$. As análises dos dados foram realizadas no programa Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais incorporam as ponderações relativas ao delineamento amostral complexo ³⁰.

Resultados

Entre os adultos estudados ($n = 1.118$), 51,4% eram do sexo feminino, a idade média foi de 36,7 anos e 24,9% tinham 12 ou mais anos de estudo. Os dados obtidos nesse estudo mostram que o domínio doméstico apresentou uma prevalência de inatividade física de 68,2% (IC_{95%}: 61,8 - 74,6), seguido sequencialmente pelo domínio ocupacional com 65,9% (IC_{95%}: 59,4 - 72,4) e de lazer com 65,9% (IC_{95%}: 60,6 - 71,1), e de deslocamento com 41,5% (IC_{95%}: 34,0 - 49,0). Em geral, 16,3% dos indivíduos foram considerados inativos na AF total.

A Tabela 1 apresenta a prevalência de inatividade física total e nos domínios ocupacional, doméstico, de deslocamento e do lazer, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. No domínio ocupacional observa-se uma maior prevalência de inatividade física em mulheres, em pessoas sem cônjuge, com maior nível de escolaridade e renda, e também nos que referiram posse de computador no domicílio. No domínio de AF doméstica, mulheres e indivíduos na faixa etária de 30 a 49 anos apresentam menor prevalência de inatividade física em relação aos homens e aos mais jovens. Pessoas sem parceiros, com o maior nível de escolaridade e renda mostram-se menos ativas nesse domínio. No domínio de AF de deslocamento, pessoas com 30 anos ou mais, com escolaridade superior a 9 anos de estudo, renda familiar per capita acima de 3 salários mínimos e com computador no domicílio apresentam maior nível de inatividade. No domínio do lazer, observa-se associação significativa com todas as variáveis analisadas. Mulheres, pessoas com 30 anos ou mais e aquelas que vivem com 5 ou mais moradores no domicílio apresentam maiores níveis de inatividade física, enquanto pessoas sem cônjuge, com maiores níveis de escolaridade, renda familiar per capita acima de 3 salários mínimos

e que referiram posse de computador são menos inativas no referido domínio. Ainda, na avaliação global, entre as mulheres, nas pessoas com maior escolaridade, maior renda familiar per capita e que possuem computador no domicílio, observam-se maiores prevalências de inatividade física.

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências de inatividade física nos quatro domínios estudados segundo comportamentos relacionados à saúde e estado de saúde. No domínio ocupacional, observa-se que pessoas que apresentam um padrão de sono longo (9 horas ou mais) e presença de TMC são mais inativas neste domínio, enquanto que o menor percentual de inativos foi observado naqueles que avaliam sua saúde como boa, em relação aos que avaliam como ruim ou muito ruim. Entre as pessoas que referiram consumo diário de FVL, a associação esteve no limite da significância estatística. Maiores prevalências de inatividade física doméstica foram verificadas para as pessoas que referiram consumo de bebida alcoólica. No domínio de deslocamento, maior prevalência de inatividade física é observada em pessoas que relataram o consumo diário de FVL e padrão de sono curto (6 horas ou menos) e, em relação ao domínio de lazer, menor prevalência de inatividade física é observada entre pessoas que consomem bebidas alcoólicas ocasionalmente e nos que consideravam sua saúde boa ou excelente à época da pesquisa. Naqueles com TMC positivo, a prevalência de inatividade física foi significativamente mais elevada. Considerando-se a inatividade física total, para os comportamentos relacionados à saúde e ao estado de saúde, observaram-se menores prevalências entre os que referiram consumo de bebidas alcoólicas com maior frequência e prevalência significativamente mais elevada entre os obesos.

Os resultados do modelo de regressão múltipla de Poisson são apresentados na Tabela 3. Observa-se que no domínio ocupacional, sexo feminino, maior escolaridade, posse de computador no domicílio, padrão de sono longo (9 horas ou mais) e presença de TMC, estiveram independentemente associados à inatividade física. No domínio doméstico, as mulheres mostram-se menos inativas fisicamente e as pessoas com maior escolaridade, sem cônjuge e com renda familiar per capita superior a 3 salários mínimos apresentam-se mais inativas. No domínio de deslocamento, associações positivas e independentes com a inatividade física são observadas para posse de computador, com o aumento da idade e da escolaridade. No domínio do lazer, as mulheres mostram-se menos ativas, e verifica-se uma associação inversa e independente em relação à inatividade física, entre os indivíduos com maior escolaridade e nas pessoas sem cônjuge.

Discussão

Os achados do presente estudo revelam que as mulheres são mais inativas que os homens nos domínios ocupacional e do lazer, sendo mais ativas no domínio doméstico. Observa-se também que maiores níveis de escolaridade estão associados a maiores níveis de inatividade física em todos os domínios, exceto no lazer, em que a associação foi inversa. Pessoas sem parceiros são menos ativas em AF doméstica e mais ativas no lazer. A posse de computador no domicílio apresenta associação positiva com a inatividade física no trabalho e no deslocamento. No domínio ocupacional, maiores prevalências de inatividade física são observadas entre as pessoas que referiram duração do sono igual ou superior a 9 horas e com TMC positivo, avaliado por meio do instrumento aplicado. No domínio do deslocamento, os níveis de inatividade física mostram-se maiores conforme o aumento da

idade e, no domínio doméstico, pessoas com maior renda familiar per capita mostram-se mais inativas.

A diferença na prática de AF entre os sexos também foi constatada em outros estudos nacionais. Na cidade de São Paulo, Florindo et al. (2009)¹⁸ pesquisaram pessoas ativas (classificadas como tais quando realizavam 150 minutos de AF na semana) e os resultados apontaram que na idade adulta os homens são mais ativos que as mulheres em todos os domínios, exceto na AF doméstica. Outro estudo realizado em quatro regiões do estado de São Paulo revelou uma redução da prática de AF no lazer entre os homens e um aumento entre as mulheres, conforme o aumento da idade³¹, fator que, segundo os autores, pode explicar a diminuição da diferença de níveis de AF entre os sexos. Num estudo realizado em Florianópolis, Duca et al. (2013)¹⁷ classificaram os indivíduos como inativos quando não realizavam nenhum minuto de AF e observaram para a população adulta (20 a 59 anos) que os homens são menos ativos que as mulheres apenas no domínio do deslocamento e no doméstico. Apesar da faixa etária da população do estudo ser um pouco diferente, os homens também mostraram ser mais inativos no âmbito doméstico no presente estudo. O estudo realizado por Florindo et al. (2009)¹⁸, bem como a revisão sistemática de Dumith (2009)¹⁵, que considerou estudos transversais nacionais, também apresentam resultados semelhantes aos do presente estudo, mostrando que os homens são mais ativos do que as mulheres em quase todos os domínios. A diferença de práticas de AF entre os sexos pode ser parcialmente explicada pelo papel que a mulher tem nos cuidados da casa e da família, o que pode dificultar a prática de outras atividades físicas³².

Em relação à AF total, algumas pesquisas revelaram uma diferença entre os sexos. Na cidade de Lages, Santa Catarina, Lopes et al. (2010)³³, utilizando o IPAQ na versão

curta para estimar a prevalência de AF insuficiente, definida como tempo gasto em AF moderada ou vigorosa menor do que 150 minutos por semana, encontraram prevalência de AF insuficiente significativamente superior entre os homens. Na cidade de São Paulo, Florindo et al. (2009)¹⁸ verificaram que, apesar de serem mais ativos na maioria dos domínios, os homens apresentam menores níveis de AF total.

A associação entre idade e AF é descrita em vários estudos ^{15,17, 18,19,31}. Na cidade de São Paulo, foi evidenciada menor prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no domínio ocupacional na faixa etária entre 30 e 49 anos e maior prevalência no lazer entre os mais jovens (18 e 29 anos) em relação às demais faixas etárias consideradas ¹⁸. Em Florianópolis, Duca et al. (2013)¹⁷ verificaram que pessoas com idade entre 50 e 59 anos são mais inativas no lazer e no deslocamento quando comparadas com as de 20 a 29 anos. Em relação à realização de AF total no Brasil, estudos mostram associação inversa com o aumento da idade ^{15,19}, mas na avaliação por domínios observam-se relações distintas ^{17,19}.

O presente estudo também constatou, para a população adulta residente em Campinas, associação independente entre inatividade física e situação conjugal para os domínios de atividade doméstica e de lazer. Utilizando as questões de avaliação de AF do questionário do VIGITEL na população de 20 a 59 anos da cidade de Florianópolis, Duca et al. (2013)¹⁷ também observaram que as pessoas com parceiro se mostram mais inativas no lazer e no deslocamento, e mais ativas no domínio ocupacional e doméstico, do que pessoas sem parceiros. Em um estudo com dados de inquérito de base populacional, realizado em regiões do Estado de São Paulo com a população adulta (18 a 59 anos), Zanchetta et al. (2010)³¹ observaram que os homens solteiros e separados se mostram menos inativos que os casados na AF total, enquanto maiores prevalências de inatividade física no lazer se

verificam entre as mulheres viúvas em relação às casadas. No entanto, deve-se considerar que nesse estudo a categoria avaliada foi composta pelos sedentários e insuficientemente ativos. Particularmente em relação ao lazer, esses autores utilizaram questão sobre a prática regular (ao menos uma vez na semana) de AF nesse domínio e, em relação à AF total, utilizaram o IPAQ curto. No estudo de Florindo et al (2009)¹⁸, em relação ao estado conjugal, maiores níveis de AF insuficiente no domínio doméstico foram verificados para pessoas separadas ou viúvas em relação às solteiras, assim como para a AF total. Essa diferença de prática de AF entre pessoas com e sem cônjuge talvez se deva aos papéis, obrigações e acomodações que os indivíduos passam a ter quando têm um parceiro. As divisões das tarefas domésticas e responsabilidades financeiras podem influenciar na prática de outras atividades, como as de lazer e de deslocamento.

A associação verificada no presente trabalho entre AF e escolaridade também foi encontrada em outros estudos. Zanchetta et al. (2010)³¹, utilizando a questão sobre prática regular (ao menos uma vez na semana) de AF no contexto de lazer verificaram, para a população adulta (18 a 59 anos) de quatro regiões do estado de São Paulo (município de Campinas, Botucatu, regional do Butantã e área composta pelos municípios de Itapeverica da Serra, Embu e Taboão da Serra) que, quanto maior a escolaridade menor a inatividade física nesse domínio. Em estudo realizado por Florindo et al. (2009)¹⁹ com dados de inquérito telefônico da população adulta (18 anos ou mais) de todas as capitais brasileiras e Distrito Federal relativos ao ano de 2006, as atividades realizadas no trabalho, no deslocamento para o trabalho e no domicílio foram as que mais contribuíam para o nível de AF das pessoas com menor escolaridade. Segundo o estudo desenvolvido por Duca et al. (2013)¹⁷, a prática de AF no lazer também esteve positivamente associada com maiores

níveis de escolaridade em Florianópolis. No domínio doméstico, menores prevalências foram observadas para as pessoas com 5 a 11 anos de estudo e, no domínio ocupacional, entre aqueles com escolaridade igual ou inferior a 8 anos de estudo. Dados do VIGITEL de 2006 para a população de 18 anos e mais mostraram redução da frequência de pessoas fisicamente ativas, exceto para o domínio de lazer segundo nível de escolaridade ¹⁹, o que também foi encontrado por Kitchen et al. (2011)³⁴ em estudo desenvolvido no Canadá.

A associação entre renda e AF, verificada neste estudo, também foi observada por Lopes et al. (2010)³³ e Duca et al. (2013)¹⁷. Em Florianópolis, pessoas com maior renda mostram-se mais ativas no lazer e menos ativas no deslocamento e nas atividades domésticas ¹⁷ e, em Lages (SC), maior renda per capita esteve associada a maiores níveis de AF total insuficiente (pessoas de 20 a 59 anos com escore abaixo de 150 minutos de atividades por semana) ³³.

Verificou-se, neste estudo, uma associação independente da posse de computador no domicílio com a inatividade física no trabalho e no deslocamento. Considerando que os indivíduos que possuem computador em casa são aqueles mais inativos no trabalho e no deslocamento, alerta-se para o maior incentivo de atividade no transporte e no lazer em relação a esse subgrupo da população. Pelo nosso conhecimento, não existem outros estudos que avaliaram essa associação, no entanto, nos Estados Unidos, Matthewes et al. (2008)³⁵ observaram que, no ano de 2003, a população americana (crianças, jovens e idosos) gastava 7,7 horas por dia em comportamentos sedentários. Adultos jovens (20 a 29 anos) são menos sedentários, mas quando chegam à faixa etária de 30 a 39 anos aumentam em 2 horas por dia o tempo em atividades sedentárias. O uso do computador pode estar relacionado à redução de AF devido à diminuição das tarefas manuais no trabalho e a troca

de AF no período de lazer e deslocamento por atividades sedentárias, como navegação na internet, redes sociais e jogos virtuais.

Dentre as variáveis de comportamentos e estado de saúde, foi observada uma associação entre duração de sono igual ou superior a 9 horas e a presença de TMC com maiores níveis de inatividade física no trabalho. Apesar da ausência de estudos que abordem diretamente atividade física, considerando os vários domínios, com essas variáveis, a literatura aponta a relação da duração de sono, dos transtornos depressivos e de ansiedade com situações de trabalho. A associação entre TMC e AF no trabalho pode ser entendida por algumas vertentes. É possível que parte dos indivíduos inativos no trabalho sejam aqueles que exercem funções de secretariado, de vendedores, ou que ocupam cargos administrativos com maior sobrecarga de responsabilidades em relação às suas atividades. Segundo Hämmig (2009)³⁶, num estudo transversal em base populacional, cujo objetivo foi avaliar a influência do trabalho sobre a vida pessoal e familiar de trabalhadores adultos (de 20 a 64 anos) na Suíça, tais funções estão associadas ao relato de problemas físicos e mentais, como ansiedade e depressão, falta de energia, dores de cabeça, distúrbios do sono e fadiga. Sugere-se que a maior prevalência de estresse mental e TMC sejam verificadas nesses indivíduos, e não entre aqueles que ocupam funções que lhes impõem maior AF para sua realização. Também é importante considerar os benefícios da AF para o bom humor e a saúde mental, que podem ser explicados principalmente devido ao aumento, durante a atividade, da concentração de triptofano, um aminoácido responsável pela síntese de serotonina³⁷.

Observou-se também, no presente estudo, que o padrão de sono longo é referido por indivíduos inativos no trabalho. Algumas hipóteses podem explicar esse achado. A primeira

apontada na literatura é o fato de que a população concentrada em cargos burocráticos, possivelmente composta por indivíduos fisicamente inativos no trabalho, tende a relatar mais problemas de ansiedade e depressão, associados à diminuição do sono médio ^{38,39,40}. Esses agravos também podem levar ao maior consumo de antidepressivos, aumentando o padrão do sono longo nesses indivíduos ⁴⁰. A segunda hipótese é a de que a realização de funções que exigem esforços físicos pode propiciar um tempo de sono mais padronizado, como consequência da AF realizada no trabalho. O presente estudo chama atenção para o problema do padrão do sono longo nos indivíduos que são fisicamente inativos no trabalho, pois as pesquisas têm apresentado forte associação da duração do sono com a presença de morbidades, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas ^{38,41,42} e mortalidade ^{43,44}. Nos Estados Unidos, Krueger et al. (2009)⁴² encontraram a maior prevalência do sono longo em indivíduos inativos no lazer.

Atualmente, estudos têm avaliado a importância da prática de AF em seus vários domínios, relacionando-os com fatores de qualidade de vida, morbidade e mortalidade ^{5,6,7,45}. Resultados de um estudo de coorte realizado na Finlândia, por exemplo, mostrou que níveis moderados ou elevados, não apenas de AF no lazer, mas também nos domínios ocupacional e de deslocamento, estão significativamente e independentemente associados à redução do risco de incidência de eventos cardiovasculares⁵. Hu et al. (2005)⁶, em estudo prospectivo com seguimento médio de 19 anos, envolvendo indivíduos finlandeses de 25 a 64 anos de idade, encontraram um efeito protetor mais forte na prevenção de acidentes vasculares cerebrais entre pessoas que praticam dois ou três tipos de AF, em comparação com as que praticam apenas um tipo de AF. Um estudo de coorte desenvolvido por Peeters et al. (2012)⁴⁶ com mulheres jovens (25 a 30 anos de idade), mulheres de meia idade (50 a

55 anos) e mulheres mais velhas (de 76 a 81 anos), verificou que a AF doméstica tem uma associação positiva com o bem-estar mental em mulheres mais velhas. Isso pode refletir percepções distintas em diferentes estágios da vida, ou seja, mulheres mais velhas podem compreender as atividades domésticas como um indicador de contínua capacidade funcional e de independência, contribuindo para a sua autoestima. Porém, deve-se considerar que a AF doméstica tem sido definida de várias formas, com achados contraditórios no que se refere à relação da AF nesse domínio com a saúde e o bem estar dos indivíduos.

Ressalta-se que não apenas os estudos que avaliam a AF doméstica, mas também aqueles que avaliam os outros domínios de AF apresentam formas de mensuração, definição e nomenclatura muito variadas, dificultando ou impossibilitando a comparação de resultados. Assim, há uma necessidade de se padronizar os instrumentos e critérios em estudos epidemiológicos^{8,14,15}.

No presente estudo, a variável dependente considerou o conjunto de indivíduos insuficientemente ativos e ativos numa mesma categoria, apesar da diferença na composição da variável resposta, os resultados encontrados corroboram aqueles apresentados na literatura. Estudos sobre a realização de AF nos diferentes domínios e que utilizam um mesmo instrumento de mensuração são escassos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Por isso, a padronização destas medidas é fundamental para o maior entendimento da prevalência e fatores associados à AF, no Brasil e no mundo, a fim de subsidiar melhor as estratégias clínicas e políticas de promoção da AF em seus vários domínios.

A mensuração da AF é difícil no âmbito populacional. Neste sentido a obtenção de informações auto-referidas é fundamental. Apesar da variedade de questionários usados como instrumentos para medir os níveis de AF, o mais usado nacionalmente e internacionalmente é o IPAQ^{5,15,20,22}, que foi o instrumento utilizado no presente trabalho. A primeira pesquisa que comparou estudos internacionais sobre a prevalência de AF em 20 países usando o mesmo instrumento de mensuração (IPAQ versão curta) mostrou que o Brasil, assim como a Bélgica, Japão e Taiwan têm menos de 1/3 da população classificada como muito ativa, ou seja, que pratica atividade física vigorosa, acumulando mais de 150 minutos por semana em 3 dias ou mais, ou que pratica 5 vezes por semana combinando atividades moderadas, vigorosas e de caminhada, atingindo pelo menos 300 METs/semana²⁴.

Nos últimos anos, o município de Campinas apresentou programas de incentivo à prática de AF como o “Viva Bike Campinas”, que oferece estações de bicicletas para locação, com o intuito de ampliar as opções de transporte na cidade. Os dados do presente estudo poderão ser usados para comparações futuras a partir da implementação de intervenções como essa. Porém, destaca-se a necessidade de mudança no comportamento, não apenas dos adultos, mas também nas crianças em relação à AF.

A prática de AF e outros hábitos de um estilo de vida saudável devem ser introduzidos o mais cedo possível para que se tornem constantes durante toda a vida. Florindo e Hallal (2011)⁴⁷ identificaram algumas das barreiras para a não prática de AF e entre elas destacam-se: “não gostar de praticar AF” e “preguiça”. Existem inúmeros tipos de AF e não gostar pode significar a ausência de contato com os diferentes tipos de AF. A

“preguiça” pode decorrer da falta de costume e incentivo à prática, fazendo com que a pessoa não a considere importante no seu dia-dia.

Em síntese, o presente estudo contribui para o avanço no entendimento sobre o tema no Brasil, apresentando resultados inéditos quanto à associação dos diferentes domínios da AF com comportamentos e estado de saúde. Esta pesquisa também ressalta a importância da educação para aumentar os níveis de AF no lazer e no deslocamento, visto que grande parte da população é inativa nesses domínios. Considerando que parte significativa dos indivíduos realiza AF ocupacional e doméstica, alerta-se para a maior importância de estudos que abordem essa temática e de intervenções dirigidas aos segmentos populacionais mais vulneráveis à inatividade física.

Referências Bibliográficas

1. WHO. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2009
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

Acessado em 21/06/2012

2. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ 2006;174(6):801-809.

3. Florindo AA, Hallal PC. Epidemiologia da Atividade Física. Editora Atheneu 2011.

4. Bauman A, Allman-Farinelli M, Huxley R, James WPT. Leisure-time physical activity alone may not be a sufficient public health approach to prevent obesity – a focus on China. obesity reviews 2008;9(Suppl. 1):119–126.

5. Hu G, Tuomilehto J, Borodulin K, Jousilahti P. The joint associations of occupational, commuting, and leisure-time physical activity, and the Framingham risk score on the 10-year risk of coronary heart disease. European Heart Journal 2007;28:492–498.

6. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Silventoinen K, Barengo NC, Tuomilehto J. Leisure Time, Occupational, and Commuting Physical Activity and the Risk of Stroke. Stroke 2005;36:1994-1999.

7. Hu G, Qiao Q, Silventoinen K, Eriksson JG, Jousilahti P, Lindstrom J, Valle TT, Nissinen A, Tuomilehto J. Occupational, commuting, and leisure-time physical activity in relation to risk for Type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. *Diabetologia* 2003;46:322–329.
8. Stamatakis E, Hamer M, Lawlor DA. Physical Activity, Mortality, and Cardiovascular Disease: Is Domestic Physical Activity Beneficial? The Scottish Health Survey—1995, 1998, and 2003. *Am J Epidemiol* 2009;169:1191–1200.
9. Stamatakis E, Hillsdon M, Primatesta P. Domestic Physical Activity in Relationship to Multiple CVD Risk Factors. *Am J Prev Med*, 2007;32(4):320–327.
10. Mutrie N, Hannah MK. The importance of both setting and intensity of physical activity in relation to non-clinical anxiety and depression. *International Journal of Health Promotion and Education* ISSN 2007;45(1):1463-5240.
11. WHO. World Health Organization. Global recommendations on Physical Activity for Health. 18–64 years old, 2011. Disponível em:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>
Acessado em 20/09/2013
12. WHO. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life, 2002. Disponível em:
http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf Acessado em 12/06/2012

13. WHO. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment.: WHO global report, 2005. Disponível em:
http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf Acessado em 20/06/2012
14. Ford ES, Caspersen CJ. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. *International Journal of Epidemiology* 2012;1–16.
15. Dumith SC. Physical activity in Brazil: a systematic review. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2009;25(3):S415-S426.
16. Yang X, Telama R, Leino M, Viikari J. Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization. *Scand J Med Sci Sports* 1999;9:120-127.
17. Duca GFD, Nahas MV, Garcia LMT, Mota J, Hallal PC, Peres MA. Prevalence and sociodemographic correlates of all domains of physical activity in Brazilian adults. *Preventive Medicine* 2013;56:99–102.
18. Florindo AA, Guimarães VV, Cesar CLG, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Epidemiology of Leisure, Transportation, Occupational, and Household Physical Activity: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Physical Activity and Health* 2009;6:625-632.
19. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):65-73.

20. Macniven R, Bauman A, Abouzeid M. A review of population-based prevalence studies of physical activity in adults in the Asia-Pacific region. *BMC Public Health* 2012;12(41).
21. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):453-60.
22. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2003:1381-1395.
23. Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med* 2008;34(6):486-94.
24. Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF, Bowles HR, Hagstromer M, Sjostrom M, Pratt M, The IPS Group. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009;6(21).
25. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. *Med. Sci. Sports Exerc* 2003; 35(11):1894–1900.
26. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade física & saúde* 2001;6(2):5-18

27. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2009;25(1):214-222.
28. 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;148:23-6.
29. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003;3:21.
30. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley; 1965
31. Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(3):387-399.
32. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol*, 2012; 15(3): 560-72.
33. Lopes JA, Longo GZ, Peres KG, Boing AF, Arruda MP. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(4):689-98.
34. Kitchen P, Williams A, Chowhan J. Walking to work in Canada: health benefits, socio-economic characteristics and urban-regional variations. *BMC Public Health* 2011;11(212).

35. Matthews CE, Chen KY, Freedson PS, Buchowkia MS, Beech BM, Pate RR, Troiano RP. Amount of Time Spent in Sedentary Behaviors in the United States, 2003–2004. *Am J Epidemiol* 2008;167:875–881.
36. Hämmig O, Gutzwiller F, Bauer G. Work-life conflict and associations with work- and nonwork-related factors and with physical and mental health outcomes: a nationally representative cross-sectional study in Switzerland. *BMC Public Health* 2009;9(435).
37. Stella SG, Antunes HKM, Santos RF, Galduróz JCF, Mello MT. Transtornos do humor e exercício físico. In: Mello MT, Tufik S. *Atividade física, exercício físico e aspectos psicobiológicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
38. Lima MG, Francisco PMS, Barros MBA. Sleep duration pattern and chronic diseases in Brazilian adults (ISACamp, 2008/09). *Sleep Medicine* 2012;13:139–144.
39. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B, Buijs RM, Kreier F, Opler MG, Pickering TG, Rundle AG, Zammit GK, Malaspina D. Sleep Duration Associated with Mortality in Elderly, but not Middle-Aged, Adults in a Large US Sample. *SLEEP* 2008;31(8):1087-1096.
40. Mill JG, Hoogendijk WJG, Vogelzangs N, Dyck R, Pennix BWJH. Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2010;71(3):239-246.

41. Knutson KL. Sleep duration and cardiometabolic risk: A review of the epidemiologic evidence. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2010;24:731–743.
42. Krueger PM, Friedman EM. Sleep Duration in the United States: A Cross-sectional Population-based Study. *Am J Epidemiol* 2009;169:1052–1063.
43. 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):585-592.
44. Ikehara S, Iso H, Date C, Kikuchi S, Watanabe Y, Wada Y, Inaba Y, Tamakoshi A, JACC Study Group. Association of Sleep Duration with Mortality from Cardiovascular Disease and Other Causes for Japanese Men and Women: the JACC Study. *SLEEP* 2009; 32(3):295-301.
45. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in highburden countries. *The Lancet*, 2010;376:1861–1868.
46. Peeters G, Gellecum YR, Uffelen JZG, Burton NW, Brown WJ. Contribution of house and garden work to the association between physical activity and well-being in young, mid-aged and older women. *Br J Sports Med* 2012;0:1–7.
47. Florindo AA, Hallal PC. *Epidemiologia da Atividade Física*. Editora Atheneu 2011.

Tabela 1. Prevalência de inatividade física segundo condições demográficas e socioeconômicas nos domínios de Atividade Física na população adulta. Campinas, São Paulo ISACamp 2008.

Variáveis	Ocupacional					Doméstica			Deslocamento			Lazer			AF Total	
	n*	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****
Sexo			<0,001			<0,001			0,655			<0,001			0,033	
Masculino	526	54,8		1,00	79,7		1,00	40,6		1,00	57,1		1,00	13,2		1,00
Feminino	592	76,5		1,40 (1,23- 1,58)	57,3		0,72 (0,62-0,82)	42,3		1,04 (0,87-1,25)	74,1		1,30 (1,17-1,44)	19,2		1,45 (1,03- 2,05)
Faixa etária (anos)			0,413			0,046			0,029			0,006			0,174	
18 a 29	466	67,3		1,00	73,1		1,00	35,5		1,00	58,5		1,00	13,0		1,00
30 a 49	456	63,8		0,95 (0,85-1,05)	65,1		0,89 (0,80-0,99)	44,9		1,26 (1,05-1,52)	70,9		1,21 (1,06-1,38)	17,4		1,34 (0,92 – 1,96)
50 a 59	196	68,4		1,01 (0,90-1,14)	66,6		0,91 (0,82-1,01)	44,5		1,25 (1,02-1,55)	67,4		1,15 (1,01-1,31)	19,6		1,51 (0,97- 2,34)
Situação conjugal			0,010			<0,001			0,129			<0,001			0,285	
Com cônjuge	606	62,5		1,00	62,6		1,00	43,8		1,00	71,6		1,00	17,5		1,00
Sem cônjuge	512	70,9		1,13 (1,02-1,25)	76,4		1,22 (1,08-1,37)	38,1		0,87 (0,73-1,04)	57,4		0,80 (0,71-0,90)	14,5		0,83 (0,59 – 1,17)
Escolaridade (anos)			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001	
0 a 8	410	56,8		1,00	61,0		1,00	29,3		1,00	75,2		1,00	11,8		1,00
9 a 11	446	63,7		1,12 (0,99-1,26)	66,3		1,09 (0,98-1,21)	42,6		1,46 (1,17-1,81)	64,5		0,86 (0,78-0,94)	14,2		1,21 (0,84 – 1,73)
≥12	262	83,1		1,46 (1,31-1,63)	82,0		1,34 (1,17-1,55)	58,4		1,99 (1,53-2,61)	53,7		0,71 (0,62-0,83)	26,1		2,21 (1,55 – 3,15)
Renda familiar per capita			0,001			<0,001			<0,001			0,010			<0,001	
≤1	486	62,8		1,00	64,8		1,00	34,5		1,00	67,2		1,00	12,1		1,00
1 a 3	431	61,6		0,98 (0,86-1,12)	63,4		0,98 (0,87-1,10)	39,2		1,13 (0,93-1,39)	69,7		1,04 (0,93-1,16)	14,2		1,17 (0,73 – 1,88)
>3	201	81,1		1,29 (1,15-1,44)	85,0		1,31 (1,15-1,49)	60,8		1,76 (1,41-2,20)	55,3		0,82 (0,70-0,96)	29,3		2,43 (1,53 – 3,85)
Nº de moradores			0,140			0,555			0,174			0,076			0,862	
1-2	233	71,4		1,00	70,8		1,00	48,5		1,00	59,2		1,00	15,7		1,00
3-4	557	66,1		0,93 (0,81-1,06)	68,5		0,97 (0,85-1,09)	41,0		0,84 (0,68-1,05)	67,3		1,14 (0,98-1,31)	17,1		1,09 (0,68 – 1,72)
≥5	328	66,1		0,86 (0,73-1,01)	65,6		0,93 (0,80-1,07)	36,8		0,76 (0,56-1,04)	68,6		1,16 (1,01-1,33)	15,2		0,96 (0,54 – 1,74)
Computador			<0,001			0,062			<0,001			0,023			<0,001	
Não	464	55,1		1,00	63,1		1,00	29,0		1,00	71,1		1,00	9,3		1,00
Sim	651	73,5		1,33 (1,16-1,54)	71,9		1,14 (0,99-1,31)	50,6		1,74 (1,33-2,28)	62,0		0,87 (0,78-0,97)	21,3		2,29 (1,54 – 3,41)

*Número de indivíduos na amostra não ponderada. **Prevalência de inatividade física na amostra ponderada. ***Valor de p do teste de Rao Scott. ****Razão de Prevalência (Intervalo de confiança de 95%)

Tabela 2. Prevalência de inatividade física segundo comportamentos relacionados a saúde e estado de saúde nos domínios de Atividade Física na população adulta. Campinas, São Paulo ISACamp 2008.

Variáveis	Ocupacional			Doméstica			Deslocamento			Lazer			AF Total			
	n	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****	%**	p***	RP (IC95%)****
Tabagismo			0,081			0,387			0,865			0,734			0,153	
Não	905	67,4		1,00	67,6		1,00	41,6		1,00	66,0		1,00	17,2		1,00
Sim	211	60,6		0,90 (0,79-1,02)	70,6		1,04 (0,94-1,5)	40,9		0,98 (0,80-1,21)	64,8		0,98 (0,87-1,10)	12,8		0,75 (0,50 – 1,13)
Consumo de bebida alcoólica			0,046			0,003			0,283			0,001			0,098	
Não bebe	607	67,6		1,00	63,5		1,00	41,4		1,00	71,5		1,00	17,4		1,00
1 a 4 vezes por mês	373	67,2		0,99 (0,90-1,10)	71,6		1,13 (1,02-1,24)	44,0		1,06 (0,90-1,25)	58,9		0,82 (0,73-0,93)	16,9		0,97 (0,72 – 1,31)
2 ou mais por semana	137	55,3		0,82 (0,67-1,00)	78,0		1,23 (1,08-1,40)	35,9		0,87 (0,67-1,13)	61,6		0,86 (0,74-1,00)	10,2		0,58 (0,36 – 0,95)
Índice de Massa Corporal (IMC)			0,855			0,923			0,511			0,113			0,114	
Eutrófico	569	66,0		1,00	68,4		1,00	39,9		1,00	62,3		1,00	14,1		1,00
Baixo peso	49	63,8		0,97 (0,73-1,28)	72,4		1,06 (0,83-1,35)	36,5		0,92 (0,54-1,54)	67,2		1,08 (0,86-1,35)	14,2		1,00 (0,49 – 2,04)
Sobre peso	324	64,8		0,98 (0,91-1,06)	67,2		0,98 (0,89-1,08)	42,1		1,05 (0,89-1,25)	68,7		1,10 (1,00-1,21)	17,2		1,22 (0,90 – 1,66)
Obeso	176	68,2		1,03 (0,92-1,16)	68,5		1,00 (0,87-1,15)	46,4		1,16 (0,94-1,44)	70,6		1,13 (1,00-1,28)	21,3		1,51 (1,05 – 2,17)
VL*****			0,048			0,985			0,033			0,268			0,196	
Não	467	61,0		1,00	68,1		1,00	35,8		1,00	68,2		1,00	13,9		1,00
Sim	651	69,3		1,14(1,00-1,29)	68,2		1,00 (0,88-1,14)	45,5		1,27 (1,01-1,59)	64,2		0,94 (0,84-1,05)	17,9		1,28 (0,87 – 1,89)
Duração do sono (horas)			0,006			0,213			0,109			0,614			0,106	
7 a 8	694	61,9		1,00	65,7		1,00	39,1		1,00	66,8		1,00	14,1		1,00
≤ 6	161	67,0		1,08(0,93-1,26)	72,2		1,10 (0,95-1,27)	49,8		1,27 (1,01-1,60)	66,0		0,99 (0,85-1,15)	19,7		1,40 (0,97 – 2,03)
≥ 9	261	77,4		1,25 (1,07-1,47)	73,0		1,11 (0,96-1,28)	42,8		1,09 (0,87-1,38)	62,6		0,94 (0,82-1,07)	20,6		1,47 (0,93 – 2,32)
Auto avaliação			0,035			0,581			0,121			0,037			0,162	
Ruim/muito ruim	66	76,5		1,00	69,4		1,00	47,8		1,00	79,4		1,00	24,5		1,00
Boa	781	63,3		0,83 (0,69-0,99)	67,1		0,97 (0,76-1,22)	38,7		0,81 (0,58-1,13)	66,5		0,84 (0,72-0,97)	15,0		0,61 (0,36 – 1,04)
Excelente/Muito boa	271	71,0		0,93 (0,79-1,09)	71,3		1,03 (0,81-1,30)	48,1		1,01 (0,71-1,42)	60,5		0,76 (0,63-0,92)	17,7		0,72 (0,42 – 1,24)
MC			0,028			0,272			0,542			0,027			0,111	
Ausente	1021	64,8		1,00	68,7		1,00	41,2		1,00	64,7		1,00	15,7		1,00
Presente	96	77,6		1,20(1,03-1,39)	62,9		0,92 (0,78-1,08)	45,2		1,10 (0,81-1,48)	78,6		1,21 (1,05-1,40)	22,4		1,43 (0,92 – 2,21)

*Número de indivíduos na amostra não ponderada. **Prevalência de inatividade física na amostra ponderada. ***Valor de p do teste Rao Scott **** Razão de Prevalências (Intervalo de confiança de 95%) *****Consumo diário de Frutas Verduras e Legumes.

Tabela 3. Modelo de Regressão multivariada de Poisson para inatividade física segundo domínios na população adulta. Campinas, São Paulo

ISACamp 2008.

Variáveis	Ocupacional			Doméstica			Deslocamento			Lazer		
	RP (IC 95%)*	p**	EP	RP (IC 95%)*	p**	EP	RP (IC 95%)*	p**	EP	RP (IC 95%)*	p**	EP
Sexo												
Masculino	1,00			1,00			1,00			1,00		
Feminino	1,38 (1,22 - 1,56)	<0,001	0,08	0,71 (0,62 - 0,82)	<0,001	0,05	1,04 (0,88 - 1,24)	0,626	0,09	1,29 (1,17 - 1,43)	<0,001	0,06
Faixa etária												
18 a 29	1,00			1,00			1,00			1,00		
30 a 49	0,97 (0,89 - 1,07)	0,588	0,04	0,98 (0,87 - 1,11)	0,783	0,06	1,34 (1,12 - 1,60)	0,002	0,12	1,10 (0,97 - 1,25)	0,140	0,07
50 a 59	1,09 (0,95 - 1,26)	0,191	0,07	1,00 (0,88 - 1,14)	0,970	0,06	1,40 (1,11 - 1,77)	0,005	0,16	1,03 (0,89 - 1,19)	0,680	0,07
Escolaridade (em anos)												
0 a 8	1,00			1,00			1,00			1,00		
9 a 11	1,15 (1,02 - 1,29)	0,021	0,07	1,02 (0,92 - 1,12)	0,751	0,05	1,45 (1,16 - 1,81)	0,002	0,16	0,91 (0,82 - 1,00)	0,050	0,04
≥ 12	1,39 (1,24 - 1,56)	<0,001	0,08	1,18 (1,02 - 1,37)	0,026	0,09	1,65 (1,26 - 2,16)	0,001	0,22	0,77 (0,64 - 0,93)	0,008	0,07
Renda familiar per capita												
≤ 1	1,00			1,00			1,00			1,00		
1 a 3	0,92 (0,82 - 1,05)	0,206	0,06	0,92 (0,82 - 1,04)	0,201	0,06	0,97 (0,76 - 1,23)	0,770	0,12	1,11 (1,00 - 1,23)	0,057	0,06
> 3	1,03 (0,92 - 1,16)	0,578	0,06	1,17 (1,04 - 1,33)	0,010	0,07	1,18 (0,94 - 1,47)	0,144	0,13	0,95 (0,81 - 1,12)	0,555	0,08
Situação conjugal												
Com cônjuge				1,00						1,00		
Sem cônjuge				1,20 (1,07 - 1,36)	0,003	0,07				0,85 (0,75 - 0,95)	0,006	0,05
Computador												
Não	1,00						1,00					
Sim	1,21 (1,06 - 1,37)	0,005	0,08				1,40 (1,04 - 1,88)	0,026	0,20			
Duração do sono (horas)												
7 a 8	1,00											
≤ 6	1,02 (0,89 - 1,16)	0,809	0,07									
≥ 9	1,24 (1,07 - 1,43)	0,004	0,09									
TMC												
Ausente	1,00											
Presente	1,19 (1,03-1,38)	0,017	0,08									

* Razão de Prevalências (Intervalo de confiança de 95%) ** Valor de p do teste de Wald

5.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo mostram que 16,3% da população adulta de Campinas é considerada inativa, ou seja, não chega a praticar 10 minutos contínuos de AF no trabalho, em casa, no deslocamento ou no lazer. Observou-se também que o domínio com maior percentual de inativos foi o doméstico (68,2%), seguido pelo ocupacional (65,9%), pelo do lazer (65,8%) e, por último, pelo de deslocamento (41,5%). Ressalta-se que este estudo analisou a prevalência de inatividade física, ou seja, a prevalência de pessoas classificadas como inativas.

A associação verificada entre maiores níveis de escolaridade e maiores níveis de inatividade física em todos os domínios, exceto no lazer, revela que o status socioeconômico é um importante determinante na prática de diferentes tipos de AF.

O domínio de deslocamento tem sido foco recente de atenção por poder gerar os mesmos benefícios para a saúde, que as atividades realizadas no contexto de lazer. Mas conforme os resultados apresentados, o deslocamento a pé ou de bicicleta ainda é praticado, em Campinas, principalmente por grupos de menor status socioeconômico. Esse estudo também mostra que os níveis de inatividade física (no deslocamento e total) foram maiores conforme o aumento da idade. Esses são importantes fatores a se considerar para promoção de estilos de vida mais ativos.

O presente estudo é o primeiro a analisar o perfil e a prevalência de AF da população adulta do município de Campinas, utilizando o questionário IPAQ na versão longa. O “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil” foi implantado em 2011 e tem como proposta para a prática de AF projetos como “*Plano Academia da Saúde*”, “Plano Nacional de Transporte Ativo e Saudável” e a

“Reformulação de espaços urbanos” (construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas) para promover diferentes tipos de AF (Ministério da Saúde, 2011). Este estudo fornece informações importantes sobre o perfil da população adulta de Campinas antes das propostas de intervenção por ele apresentadas para implementação em todo o país. Assim, o contínuo acompanhamento da população, utilizando o mesmo instrumento, possibilitará o monitoramento das prevalências de AF e avaliação dos efeitos de mudanças, a partir de intervenções adotadas pelo município.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allman-Farinelli MA, Chey T, Merom D, Bauman AE. Occupational risk of overweight and obesity: an analysis of the Australian Health Survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 2010;5(14): 1-9.

Alwan A, MacLean DR, Riley LM, Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in highburden countries. *The Lancet*, 2010;376:1861-1868.

Armstrong T, Bull F. Development of the world health organization global physical activity questionnaire (GPAQ). *J Public Health* 2006; 14:66-70.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.

Bauman A, Allman-Farinelli M, Huxley R, James WPT. Leisure-time physical activity alone may not be a sufficient public health approach to prevent obesity – a focus on China. *Obesity Reviews* 2008, 9(1):119-126.

Bauman A, Bull F, Chey T, Craig C, Ainsworth BE, Sallis JF, Bowles HR, Hagstromer M, Sjostrom M, Pratt M, Ips Group. The international prevalence study on physical activity: results from 20 countries. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009; 6(1):21

Beusen M, Orley JA. Users Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). World Health Organisation, Geneva Who/MNH/PSF/1994.

CCAS. Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde. Boletim de Mortalidade em Campinas: Esperança de vida no município de Campinas, 2007. Recuperado em 10 de junho de 2012: <http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/bo40.pdf>

César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. ISA-SP. São Paulo: FSP/USP; 2005: 37-46.

Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman A, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P: International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003, 35(8):1381-1395.

Dumith SC. Physical activity in Brazil: a systematic review. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009; 25(Sup3):S415-S426.

Florindo AA, Guimarães VV, Cesar CLG, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational and household physical activity: prevalence and associated factors. Journal of Physical Activity and Health, 2009a; 6: 625-632.

Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. Rev Saúde Pública, 2009b; 43(2): 1-8.

Florindo AA, Hallal PC. Epidemiologia da Atividade Física. Editora Atheneu 2011.

Ford ES, Caspersen CJ. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. *International Journal of Epidemiology* 2012;1-16.

Fox KR, Stathi A, Davis JMMG. Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *Eur J Appl Physiol*, 2007;100:591-602.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):380-390.

Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A: Worldwide variability in physical inactivity: A 51 country survey. *Am J Prev Med* 2008, 34(6):486-494.

Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(11): 1894-900.

Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Epidemiologia da atividade física no Brasil. *Rev SaudePublica* 2007; 41(3): 453-60.

Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, Reis RS, Pratt M, Sarmiento OL. Lessons Learned After 10 Years of IPAQ Use in Brazil and Colombia. *Journal of Physical Activity and Health*, 2010;7(Suppl 2):S259-S264.

Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, Rombaldi AJ, Malta DC, Iser BPM, Bernal RTI, Florindo AA. Tendências temporais de atividade física no Brasil(2006-2009). Rev Bras Epidemiol 2011;14(1): 53-60.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD Bauman A. Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 2007; 116(9): 1081-93.

Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Silventoinen K, Barengo NC, Tuomilehto J. Leisure Time, Occupational, and Commuting Physical Activity and the Risk of Stroke. Stroke 2005;36:1994-1999.

Hu G, Tuomilehto J, Borodulin K, Jousilahti P. The joint associations of occupational, commuting, and leisure-time physical activity, and the Framingham risk score on the 10-year risk of coronary heart disease. European Heart Journal 2007;28:492-498.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Recuperado em 27 de março de 2013: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=3509050>.

Ikehara S, Iso H, Date C, Kikuchi S, Watanabe Y, Wada Y, Inaba Y, Tamakoshi A, JACC Study Group. Association of Sleep Duration with Mortality from Cardiovascular Disease and Other Causes for Japanese Men and Women: the JACC Study. SLEEP 2009; 32(3):295-301.

Kirk MA, Rhodes RE. Occupation Correlates of Adults Participation in Leisure-Time Physical Activity. A Systematic Review. *Am J Prev Med* 2011;40(4):476-485.

Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley and Sons; 1965.

Kitchen P, Williams A, Chowhan J. Walking to work in Canada: health benefits, socio-economic characteristics and urban-regional variations. *BMC Public Health*, 2011; 11:212.

Lahti J, Laaksonen M, Lahelma W, Rahkonen O. Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011; 8:36.

Lawlor DA, Taylor M, Bedford C, Ebrahim S. Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women's Heart and Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:473–478.

Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren PO. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science and Medicine*, 2001;52:441-451.

Lopes JA, Longo GZ, Peres KG, Boing AF, Arruda MP. Fatores associados á atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 2010;13(4):689-698.

Macniven R, Bauman A, Abouzeid M. A review of population-based prevalence studies of physical activity in adults in the Asia-Pacific region. *BMC Public Health* 2012;12(41).

Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Jr JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15: 47-64.

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;148:23-6.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Física Saúde* 2001; 6(2): 5-18.

Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciên e Mov. Brasília*, 2002;10(4):41-50.

Meseguer CM, Galán I, Herruzo R, Rodríguez-Artalejo F. Trends in Leisure Time and Occupational Physical Activity in the Madrid Region, 1995–2008. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(1):21-27.

Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Recuperado em 25 de setembro de 2012:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dent_pequena_portugues_espanhol.pdf.

Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonseñor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2003; 14(4): 246-254.

Müller-Riemenschneider F, Nocon M, Reinhold T, Willich SN. Promotion of Physical Activity Using Point-of-Decision Prompts in Berlin Underground Stations. *Int J Environ Res Public Health*, 2010; 7:3063-3070.

Oja P. Development of a common instrument for physical activity. In: Nosikov A & Gudex C. EUROHIS. Developing Common Instruments For Health Surveys. IOS Press, 2003. Recuperado em 02 de fevereiro 2014:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf

Peeters G, Gellecum YR, Uffelen JZG, Burton NW, Brown WJ. Contribution of house and garden work to the association between physical activity and well-being in young, mid-aged and older women. *Br J Sports Med* 2012;0:1–7.

Phongsavan P, Merom D, Marshall AL, Bauman A. Estimating physical activity level: the role of domestic activities. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:466–467.

PNUD Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Recuperado em 04 de abril de 2013:

http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003

Prefeitura de Campinas, SP, Brasil. Recuperado em 01 de fevereiro de 2013:

<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>

Projeto Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Rev Saúde Pública 2002;36(2):254-6.

Reis HFC, Ladeia AMT, Passos EC, Santos FGO, Wasconcellos LT, Correia LCL, Menezes MS, Santos RDG, Bomfim VG, Rocha MS. Prevalence and variables associated with physical inactivity in individuals with high and low Socioeconomic Status. Arq Bras Cardiol 2009; 92(3): 193-198.

Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009, 25(1): 214-222.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet 2011; 377:1949-1961.

Silva SG, Silva MC, Nahas MV, Viana SL. Fatores associados à inatividade física no lazer e principais barreiras na percepção de trabalhadores da indústria do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 27(2):249-259.

Stamatakis E, Hamer M, Lawlor DA. Physical activity, mortality, and cardiovascular disease: is domestic physical activity beneficial? The Scottish Health Survey-1995, 1998, and 2003. *Am J Epidemiol* 2009;169:1191-1200.

Stamatakis E, Hillsdon M, Primatesta P. Domestic physical activity in relationship to multiple CVD risk factors. *Am J Prev Med*, 2007; 32(4):320-327.

Sund AM, Larsson B, Wichstrøm L. Role of physical and sedentary activities in the development of depressive symptoms in early adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011; 46:431-441.

Tigbe WW, Lean MEJ, Granat MH. A physically active occupation does not result in compensatory inactivity during out-of-work hours. *Prev. Med.* 2011; 53(1-2):48-52.

Ussher MH, Owen CG, Cook DG, Whincup PH. The relationship between physical activity, sedentary behavior and psychological wellbeing among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007; 42:851-856.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):607-21.

WHO. World Health Organization. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. 2002. Recuperado em 12 de junho de 2012: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf .

WHO. World Health Organization. The World Health Report 2005 - make every mother and child count. 2005. Recuperado em 20 de junho de 2012: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf.

WHO. World Health Organization. World Health Statistics. 2011. Recuperado em 22 de junho de 2013: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf.

WHO. World Health Organization. World health statistics 2012. Recuperado em 26 de junho de 2013: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf.

WHO. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2013. Recuperado em 18 de agosto de 2013: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro, 2007;6:1329-1338.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de

Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010;26(8):1606-1618.

Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol, 2010; 13(3): 387-99.



CEP, 23/04/13.
(PARECER CEP: Nº 079/2007)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DETERMINANTES SOCIAIS DO PADRÃO DE MORBIDADE, USO DE SERVIÇOS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marilisa Berti de Azevedo Barros

II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprova o adendo que inclui o projeto **“ATIVIDADE FÍSICA E SEUS DOMÍNIOS NA POPULAÇÃO ADULTA DE CAMPINAS, SP, BRASIL”**, com a finalidade de mestrado da aluna Izabel Lopes de Souza, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de abril de 2013.

Profa. Dra. Fátima Aparecida Böttcher Luiz
COORDENADORA do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



UNICAMP

**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



CCAS
Centro Colaborador em Análise
de Situação de Saúde

Relação dos moradores do domicílio sorteado

Bloco A

A 01. Número do domicílio:

A02. Setor:

A 03. Endereço:

A 04. Telefone do domicílio:

Observação: Obter e-mail e celular para contato posterior com a(s) pessoa(s) sorteada(s).

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita	1. arrolamento realizado. Tem domínio
1ª	/					2. arrolamento realizado. Não tem domínio
2ª	/					3. número inexistente
3ª	/					4. domicílio fechado/vago
4ª	/					5. não conseguiu localizar um morador
						6. morador recusou fazer o arrolamento
						7. outro: _____

A 05. N°. de visitas realizadas para obter ou tentar obter o arrolamento :

A 06. Resultado da visita:

A 07. Código do entrevistador:

A 08. Data da realização do arrolamento (ou recusa/desistência): / (dia e mês)

Observações:

	conferido	digitado
nome		
data		

A 09. Tipo de domicílio: 1. particular 2. coletivo

A 10. Número de famílias no domicílio: |_|

A 11. Quadro de moradores no domicílio:

	Nº	Nome	Relação com o responsável pela família	Sexo (F, M)	Idade (anos)	Sorteio (X)	nº de ordem dos sorteados	Trabalha (S, N)
A 11a	1		Responsável 1					
A 11b	2							
A 11c	3							
A 11d	4							
A 11e	5							
A 11f	6							
A 11g	7							
A 11h	8							
A 11i	9							
A 11j	10							
A 11k	11							
A 11l	12							
A 11m	13							
A 11n	14							
A 11o	15							

Relação com o responsável pela família:

- 2. cônjuge
- 3. filho ou enteado
- 4. outro parente
- 5. agregado
- 6. pensionista
- 7. empregado doméstico
- 9. outro

Observação: Quando houver mais de uma família no domicílio, comece arrolando no mesmo quadro com **Responsável 2**.



**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



FOLHA DE CONTROLE

Bloco B

B 01. Número do questionário:

B 02. Setor:

End.:		Nº:	Compl.:
Tel.:	Cel.:	e-mail:	
Nome do selecionado:			

B 03. Número do domicílio:

B 04. Número da Família:

B 05. Número de ordem do entrevistado: /

B 06. Data de nascimento: / /

B 07. Sexo: 1. masculino 2. feminino

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita
1ª	/				
2ª	/				
3ª	/				
4ª	/				

1. Realizada 2. Adiada 3. Morador ausente 4. Recusa total 5. Recusa parcial 6. Outro:

B 08. N.º. de visitas realizadas:

B 09. Resultado final das visitas:

B 10. Horário da entrevista: Início: : Término: :

B 11. Duração da entrevista: minutos

B 12. Código do entrevistador:

B 13. Data da realização da entrevista: / (dia e mês)

B 14. Quem respondeu o questionário: 1. o próprio 2. outro

Observações:

	conferido	codificado	digitado
nome			
data			

MORBIDADE**BLOCO C**

C 01. Você teve algum problema de saúde nas últimas 2 semanas?

1. sim 2. não → **passar para C 07**

9. NS/NR

C 02. Qual foi o principal problema de saúde que você teve nas últimas 2 semanas?

C 03. Nas últimas 2 semanas, você deixou de realizar alguma de suas atividades habituais (afazeres domésticos, trabalhar, ir à escola etc.) por problema de saúde?

1. sim → **C 04.** Quantos dias? _____ dias

2. não → **passar para C 07**

9. NS/NR

C 05. Nas últimas 2 semanas você esteve acamado?

1. sim → **C 06.** Quantos dias? _____ dias

2. não 9. NS/NR

Algum médico ou outro profissional de saúde já disse que você tem alguma das seguintes doenças? (Se sim) Esta doença limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

	a. Diagnóstico			b. Limita		
	Sim	Não	NS	Sim	Não	NS
C 07. Hipertensão (pressão alta) → se sim, preencha o bloco C1	1	2	9	1	2	9
C 08. Diabetes → se sim, preencha o bloco C2	1	2	9	1	2	9
C 09. Doença do coração: _____	1	2	9	1	2	9
C 10. Tumor / câncer: _____	1	2	9	1	2	9
C 11. Reumatismo / artrite / artrose	1	2	9	1	2	9
C 12. Osteoporose	1	2	9	1	2	9
C 13. Asma / bronquite / enfisema	1	2	9	1	2	9
C 14. Tendinite / LER / DORT	1	2	9	1	2	9
C 15. Problemas de circulação (varizes, AVC): _____	1	2	9	1	2	9
C 16. Outro: _____	1	2	9	1	2	9

Você tem algum dos seguintes problemas de saúde e/ou deficiência? (Se sim) Este problema limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

	a. Problema		b. Limita	
	Sim	Não	Sim	Não
C 17. Dor de cabeça freqüente / enxaqueca	1	2	1	2
C 18. Dor nas costas / problema na coluna	1	2	1	2
C 19. Alergia: _____	1	2	1	2
C 20. Problema emocional (ansiedade / tristeza) → se sim, preencha o bloco C3	1	2	1	2
C 21. Tontura / vertigem	1	2	1	2
C 22. Insônia	1	2	1	2
C 23. Problema urinário: _____	1	2	1	2
C 24. Defic. física: c. tipo: 1.paralisia _____ 2.perda _____	1	2	1	2
C 25. Defic. auditiva c. tipo: 1.deficiência 2.surdez um 3.surdez dois ouvidos	1	2	1	2
C 26. Deficiência visual c. tipo: 1.deficiência 2.cegueira um 3. cegueira dois olhos	1	2	1	2
C 27. Outros:	1	2	1	2

VOCÊ UTILIZA ALGUM DESSES APARELHOS?	Sim	Não	NS/NR
C28. Óculos e/ou lentes de contato	1	2	9
C29. Aparelho auditivo	1	2	9
C30. Prótese dentária (dentadura)	1	2	9
C31. Bengala, muleta ou andador (só perguntar se houver dúvida)	1	2	9
C32. Cadeira de rodas (só perguntar se houver dúvida)	1	2	9

HIPERTENSÃO**bloco C1**

C1 01. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de hipertensão/pressão alta?

|_|_| anos

99. NS/NR

C1 02. O que você faz para “controlar” a hipertensão? (+1)

1. dieta sem sal
2. regime para perder/manter peso
3. atividade física
4. toma medicação de rotina
5. toma medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não faz nada

7. outro: _____

9. NS/NR

C1 03. Você visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?

1. não
2. não, só quando tem problema
3. sim → **passe para C1 05**

9. NS/NR

C1 04. Por que você não visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão? (+1)

1. dificuldades financeiras
2. dificuldades de acesso ao serviço
3. não acha necessário
4. não tem tempo
5. não sabe quem procurar/onde ir

6. outros: _____

9. NS/NR

C1 05. Quando foi a última vez que você foi ao médico/serviço de saúde por causa da hipertensão?

1. no último mês
2. de 1 mês a 6 meses
3. mais de 6 meses a 1 ano
4. mais de 1 ano a 5 anos
5. mais de 5 anos

9. NS/NR

C1 06. Você participa ou já participou no serviço de saúde de algum grupo sobre controle de hipertensão/pressão arterial?

1. não
2. sim
9. NS/NR

C1 07. Você tem recebido orientações do serviço de saúde ou de seu médico de como cuidar da hipertensão?

1. não
2. sim
9. NS/NR

C1 08. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” a hipertensão? (+1)

1. dieta sem sal
2. regime para perder/ manter peso
3. atividade física
4. tomar medicação de rotina
5. tomar medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não fazer nada

7. outro: _____

9. NS/NR

Se o entrevistado referiu:

diabetes → **bloco C2**

problema emocional → **bloco C3**

demaís → **bloco D**

DIABETES**bloco C2**

C2 01. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de diabetes?

____ anos

99. NS/NR

C2 02. O que você faz para “controlar” o diabetes? (+1)

01. dieta alimentar

02. regime para perder/manter peso

03. atividade física

04. toma insulina de rotina

05. toma insulina quando tem problema

06. toma medicamento oral de rotina

07. toma medicamento oral quando tem problema

08. não faz nada

09. outro: _____

99. NS/NR

C2 03. Você visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?

1. não

2. não, só quando tem problema

3. sim → **passa para C2 05**

9. NS/NR

C2 04. Por que você não visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? (+1)

1. dificuldades financeiras

2. dificuldades de acesso ao serviço de saúde

3. não acha necessário

4. não tem tempo

5. não sabe quem procurar/onde ir

6. outro: _____

9. NS/NR

C2 05. Quando foi a última vez que você foi ao médico/serviço de saúde por causa do diabetes?

1. no último mês

2. de 1 mês a 6 meses

3. mais de 6 meses a 1 ano

4. mais de 1 ano a 5 anos

5. mais de 5 anos

9. NS/NR

C2 06. Você participa ou já participou de algum grupo de diabetes?

1. não

2. sim

9. NS/NR

C2 07. Algum médico já lhe disse que você tem alguma “complicação” por causa do diabetes? Qual? (+1)

1. não

2. sim, problema de vista

3. sim, problema nos rins

4. sim, problema circulatório

5. outra: _____

9. NS/NR

C2 08. Você tem recebido orientações do serviço de saúde ou de seu médico de como cuidar do diabetes?

1. não

2. sim

9. NS/NR

C2 09. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” o diabetes? (+1)

01. dieta alimentar

02. regime para perder/ manter peso

03. atividade física

04. tomar insulina de rotina

05. tomar insulina quando tiver problema

06. tomar medicamento oral de rotina

07. tomar medicamento oral quando tiver problema

08. não fazer nada

09. outro: _____

99. NS/NR

problema emocional → bloco C3

demaís → bloco D

PROBLEMA EMOCIONAL

bloco C3

C3 01. Que tipo de problema emocional/saúde mental você tem?

_____ | | | | |

C3 02. Há quanto tempo você tem esse problema?

| | | | anos 99. NS/NR

C3 03. Você procurou atendimento de saúde para este problema nos últimos 12 meses?

1. sim → **passe para C3 05**

2. não

9. NS/NR

C3 04. Por que não procurou? (+1)

1. dificuldades financeiras

2. preconceito/vergonha

3. não achou necessário

4. não tem tempo

5. não sabe quem procurar/ onde ir

6. outro: _____

9. NS/NR

→ **passe para C3 12**

C3 05. Você recebeu atendimento?

1. sim → **passe para C3 07**

2. não

9. NS/NR

C3 06. Por que não foi atendido? (+1)

1. não tinha médico ou o profissional necessário no serviço

2. não tive mais tempo

3. não tinha vaga

4. outro: _____

9. NS/NR

C3 07. Quais os serviços de saúde que você utilizou nos últimos 12 meses para o atendimento desse problema? (+1)

1. unidade básica de saúde

2. CAPS: _____

3. consultório médico

4. pronto socorro/emergência

5. hospital

6. outro: _____

9. NS/NR

C3 08. Que tipo de tratamento você tem feito? (+1)

1. psicoterapia

2. toma medicação de rotina

3. toma medicação quando tem "problema"

4. não faz nada

5. outro: _____

9. NS/NR

C3 09. Você paga diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passe para C3 11**

2. sim, parcialmente

3. não

9. NS/NR

C3 10. Quem cobre os gastos deste atendimento?

1. SUS

2. convênio empresa: _____

3. plano individual de saúde: _____

4. outro: _____

9. NS/NR

C3 11. Você está satisfeito com o atendimento recebido?

1. muito insatisfeito

2. insatisfeito

3. regular

4. satisfeito

5. muito satisfeito

9. NS/NR

C3 12. O que você acha que os serviços de saúde poderiam oferecer para auxiliar no tratamento/controlar desse tipo de problema? (+1)

1. fornecer psicoterapia

2. fornecer tratamentos alternativos

3. fornecer a medicação necessária

4. facilitar consultas com profissional especializado

5. outro: _____

9. NS/NR

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS**BLOCO D****ACIDENTES**

Vamos agora falar sobre acidentes que você pode ter sofrido. Podem ser acidentes de trânsito, quedas, queimaduras acontecidas em casa, no trabalho, etc.

D 01. Você sofreu algum tipo de acidente nos últimos 12 meses?

1. não → **passa para D 11**
2. sim → **D 02.** Quantos acidentes? |_|_|
9. NS/NR

D 03. Como aconteceu o principal acidente que você sofreu nos últimos 12 meses?

_____ |_|_|_|_|

D 04. Quais as principais lesões ou consequências físicas/emocionais que esse acidente provocou?

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

D 05. Em que local o acidente ocorreu?

1. no domicílio
2. no trabalho
3. na rua
4. na escola
5. no clube, em praça de esporte, academia
6. outros: _____
9. NS/NR

D 06. Esse acidente limitou as suas atividades habituais?

1. não → **passa para D 10**
2. sim → **D 07.** Durante quantos dias? |_|_|

D 08. Precisou ficar acamado?

1. não
2. sim → **D 09.** Por quantos dias? |_|_|

D 10. Você recebeu assistência médica por causa do acidente?

1. não
2. sim

VIOLÊNCIAS

Vamos agora falar sobre algum tipo de violência ou de agressão que você possa ter sofrido.

D 11. Você foi vítima de algum tipo de violência como assalto, agressão física ou outra forma de violência nos últimos 12 meses?

1. não → **passa para bloco E**
2. sim → **D 12.** Quantos eventos? |_|_|
9. NS/NR

D 13. Como aconteceu a principal violência que você sofreu nos últimos 12 meses?

_____ |_|_|_|_|

D 14. Quais as principais lesões ou consequências físicas/emocionais que essa violência provocou?

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

D 15. Em que local a violência ocorreu?

1. no domicílio
2. no trabalho
3. na rua
4. na escola
5. no clube, em praça de esporte, academia
6. outro: _____
9. NS/NR

D 16. Essa violência limitou as suas atividades habituais?

1. não → **passa para D 20**
2. sim → **D 17.** Durante quantos dias? |_|_|

D 18. Precisou ficar acamado?

1. não
2. sim → **D 19.** Por quantos dias? |_|_|

D 20. Você recebeu alguma assistência médica por causa dessa violência?

1. não
2. sim

QUALIDADE DE VIDA**BLOCO F**

F 01. Em geral, você diria que sua saúde é:

1. excelente 2. muito boa 3. boa 4. ruim 5. muito ruim

PARA TODAS AS PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS

F 02. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

1. muito melhor 2. um pouco melhor 3. quase a mesma 4. um pouco pior 5. muito pior

F 03. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

	Sim dificulta		Não dificulta de modo algum
	muito	um pouco	
F 03a. Atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, esportes árduos.	1	2	3 → passe para F04
F 03b. Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer a casa	1	2	3
F 03c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
F 03d. Subir vários lances de escada	1	2	3 → passe para F03f
F 03e. Subir um lance de escada	1	2	3
F 03f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
F 03g. Andar mais que um quilômetro	1	2	3 → passe para F04
F 03h. Andar vários quarteirões (vários 100 metros)	1	2	3
F 03i. Andar um quarteirão (100 metros)	1	2	3
F 03j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

F 04. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de **sua saúde física**?

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 04a. Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4	5
F 04b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
F 04c. Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2	3	4	5
F 04d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	1	2	3	4	5

F 05. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum **problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 05a. Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4	5
F 05b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
F 05c. Fez seu trabalho ou qualquer das atividades com menos cuidado do que geralmente faz?	1	2	3	4	5

F 06. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas **atividades sociais** normais, em relação à família, vizinhos amigos ou em grupo?

1. de forma nenhuma 2. ligeiramente 3. moderadamente 4. bastante 5. extremamente

F 07. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

1. nenhuma 2. muito leve 3. leve 4. moderada 5. grave 6. muito grave

F 08. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo o trabalho fora e dentro de casa)?

1. de maneira nenhuma 2. um pouco 3. moderadamente 4. bastante 5. extremamente

F 09. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas:

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 09a. Você tem se sentido cheio de vida?	1	2	4	5	6
F 09b. Você tem se sentido muito nervoso?	1	2	4	5	6
F 09c. (Você tem se sentido) tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	4	5	6
F 09d. (Você tem se sentido) calmo ou tranqüilo?	1	2	4	5	6
F 09e. (Você tem se sentido) com muita energia?	1	2	4	5	6
F 09f. (Você tem se sentido) desanimado e deprimido?	1	2	4	5	6
F 09g. (Você tem se sentido) esgotado?	1	2	4	5	6
F 09h. (Você tem se sentido) feliz?	1	2	4	5	6
F 09i. (Você tem se sentido) cansado?	1	2	4	5	6

F 10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a **saúde física** ou seus **problemas emocionais** interferiram com as suas **atividades sociais** (como visitar amigos, parentes etc)?

1. todo o tempo 2. a maior parte do tempo 3. alguma parte do tempo 4. uma pequena parte do tempo 5. nenhuma parte do tempo

F 11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações a(a) sr(a)?

	Totalmente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Totalmente falso
F 11a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
F 11b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
F 11c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
F 11d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

USO DE SERVIÇOS BLOCO G

G 01. Nas duas últimas semanas, você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde?

1. sim
2. não → **passa para G 10**
9. NS/NR

G 02. Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

1. doença: _____
|_|_|_|_|
2. lesão
a. Tipo de lesão: _____
|_|_|_|_|
b. Causa da lesão: _____
|_|_|_|_|
3. problema odontológico
4. outro motivo: _____

G 03. Onde você procurou o primeiro atendimento de saúde para esse problema nas duas últimas semanas?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório
4. pronto socorro/emergência: _____
5. hospital: _____
6. atendimento domiciliar: _____
7. outro: _____
9. NS/NR

G 04. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, você foi atendido (a)?

1. sim
2. não → **passa para G 09**

G 05. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passa para G 07**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 06. Quem cobriu os gastos deste atendimento?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

G 07. Neste atendimento foi pedido ou realizado:

	Sim	Não	NS/NR
07a. Exame laboratorial	1	2	9
07b. Exame radiológico (tomografia, ultra-som)	1	2	9
07c. Exame gráfico (eletro-cardiograma, eletroencefalograma)	1	2	9
07d. Encaminhamento para outro serviço ou especialista	1	2	9
07e. Outro procedimento:	1	2	9

G 08. O que você achou do atendimento recebido?

1. muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

→ **passa para G 10**

G 09. Por que você não foi atendido no serviço que procurou?

1. não conseguiu vaga/senha
2. não tinha médico atendendo
3. não tinha o profissional/serviço que precisava
4. o equipamento/serviço não estava funcionando
5. não podia pagar
6. esperou muito e desistiu
7. outro: _____
9. NS/NR

HOSPITALIZAÇÕES E CIRURGIAS

G 10. Você foi internado(a)/hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?

1. sim
2. não → **passar para G 15**
9. NS/NR

G 11. Quantas vezes?

____ hospitalizações 99. NS/NR

G 12. Qual foi o principal motivo da última hospitalização?

G 13. Você pagou diretamente por esta hospitalização?

1. sim, integralmente → **passar para G 15**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 14. Quem cobriu os gastos com essa hospitalização?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

G 15. Você passou por alguma cirurgia na sua vida?

1. sim
2. não → **passar para G 22**
9. NS/NR

G 16. Por quantas cirurgias você passou na vida (incluindo cesáreas, plásticas, etc)?

____ cirurgias 99. NS/NR

G 17. Quais foram as principais cirurgias pelas quais você passou na sua vida ?

G 18. Você passou por alguma cirurgia nos últimos 12 meses ?

1. sim **G 18a.** Quantas? ____
2. não → **passar para G 22**
9. NS/NR

G 19. Qual foi a última cirurgia pela qual você passou nos últimos 12 meses?

G 20. Você pagou diretamente por essa cirurgia?

1. sim, integralmente → **passar para G 22**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 21. Quem cobriu os gastos dessa cirurgia?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

G 22. Você consultou o dentista nos últimos 12 meses?

1. sim
2. não → **passar para G 26**
9. NS/NR

G 23. Qual o motivo da procura? ⁽⁺¹⁾

1. problemas dentários
2. problemas com gengivas
3. problemas com próteses
4. exame odontológico periódico ou prevenção
5. visita ortodôntica (aparelho)
6. outro: _____
9. NS/NR

G 24. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passar para G 27**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 25. Quem cobriu os gastos?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

→ **passar para G 27**

G 26. Por que você não consultou um dentista nos últimos 12 meses?

1. dificuldade financeira
2. dificuldade de ser atendido
3. não achou necessário
4. não teve tempo
5. outro: _____
9. NR

PLANOS DE SAÚDE

G 27. Você tem direito a algum plano odontológico? Se sim, qual?

1. sim: _____
2. não
- 9.NS/NR

G 28. Você tem direito a algum plano médico de saúde? Se sim, qual?

1. sim: _____
2. não → **passe para G 31**
- 9.NS/NR

G 29. Você já precisou de algum atendimento que o seu plano médico não cobriu?

1. sim
2. não
- 9.NS/NR

G 30. Você está satisfeito com o serviço prestado pelo seu plano médico? Quanto?

1. muito satisfeito
2. satisfeito
3. nem satisfeito, nem insatisfeito
4. insatisfeito
5. muito insatisfeito
9. NS/NR

CONHECIMENTO E USO: SUS/ PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

G 31. Você tem algum conhecimento sobre o que é o SUS, o Sistema Único de Saúde do Brasil?

1. sim
2. não → **passe para G 34**
9. NS/NR

G 32. Você já usou algum serviço do SUS?

1. sim
2. não → **passe para G 34**
9. NS/NR

G 33. Qual foi o último serviço que você utilizou no SUS?

1. consulta
2. hospitalização
3. vacina
4. medicamento
5. outro: _____

G 34. Qual a avaliação que você faz do Serviço Público de Saúde do município de Campinas? Você o considera:

1. ótimo/muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

G 35. Você sabe (já ouviu falar sobre) o que é o PSF, o Programa de Saúde da Família?

1. sim
2. não → **encerre o bloco**
9. NS/NR

G 36. Você já recebeu alguma visita do agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. sim
2. não
9. NS/NR

G 37. Você utiliza o Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. sim
2. não
9. NS/NR

G 38. O que você acha do Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. ótimo/muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

G 39. Você concorda com a afirmativa: “O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma iniciativa que ajudará a resolver os problemas de saúde da população”. (L)

1. concordo plenamente
2. concordo parcialmente
3. não concordo e nem discordo
4. discordo parcialmente
5. discordo plenamente
9. NS/NR

PRÁTICAS PREVENTIVAS BLOCO H

**Este bloco é aplicado
em mulheres com → 20 anos ou mais
em homens com → 40 anos ou mais**

**Vamos conversar agora sobre alguns
exames de prevenção para o câncer**

PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS

H 01. O exame de Papanicolaou é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. Quando foi que você fez o último exame de papanicolaou?

1. nunca fez
 2. há menos de 1 ano
 3. de 1 a 1,99 anos
 4. de 2 a 3 anos
 5. mais de 3 anos
 9. NS/NR
- } → **passar para H 03**

H 02. Qual o principal motivo para que você nunca tenha feito este exame ou que o tenha feito há mais de 3 anos?

01. não era necessário/sou saudável
02. não conhecia o exame/não sabia de sua finalidade ou importância
03. não fui orientada para fazer o exame/o médico não pediu
04. tive dificuldade para marcar consulta
05. problemas com a distância/transporte/dificuldades financeiras
06. é muito embaraçoso/desconfortável/vergonhoso
07. nunca tive relações sexuais
08. nunca fui ao ginecologista
09. não precisei ir ao ginecologista nos últimos 3 anos
10. outro motivo: _____
99. NS/NR

H 03. Qual o principal motivo que levou você a procurar o serviço de saúde/ginecologista e fazer esse último exame de Papanicolaou?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivada por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum outro profissional de saúde
5. outro motivo: _____
9. NS/NR

H 04. O resultado deste exame foi:

1. normal
2. anormal/com alteração
3. não sabe
9. NR

H 05. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 06. Você pagou diretamente pelo serviço?

1. sim, integralmente → **passar para H 08**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 07. Quem cobriu os gastos deste exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

→ Mulheres com menos de 40 anos encerre o bloco

PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS

H 08. O exame clínico das mamas é um exame feito por médico ou enfermeira para detectar a presença de nódulos/caroços nos seios. Quando você fez o último exame clínico das mamas?

1. nunca fez → **passar para H 12**
2. há menos de 1 ano
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 09. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 10. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passar para H 12**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 11. Quem cobriu os gastos deste exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

H 12. Você faz palpação de seus seios procurando nódulos/caroços? Com que frequência?

1. não faz
2. faz mensalmente
3. faz de forma esporádica
9. NR

H 13. Você recebeu orientação de algum médico ou profissional de saúde sobre a necessidade de palpação das mamas?

1. não 2. sim 9. NS/NR

H 14. Quem ensinou você a fazer o auto exame das mamas?

1. ninguém
2. médico
3. enfermeira
4. outro: _____
9. NS/NR

H 15. A mamografia é um raio X dos seios, que é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que você fez este exame?

1. nunca fez
2. há menos de 1 ano
3. de 1 a 1,99 anos } → **passa para H 17**
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 16. Qual o principal motivo para que você nunca tenha feito a mamografia ou para não ter realizado nos últimos 2 anos?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. tive dificuldade para marcar consulta
4. o convênio médico não cobre esse exame
5. é desconfortável
6. nenhum médico indicou/pediu a realização
7. outro: _____
9. NS/NR

→ **Quem nunca fez, encerre o bloco**

H 17. Qual o principal motivo que levou você a procurar o ginecologista e fazer o último exame de mamografia?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde nas mamas
3. fui incentivada por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum outro profissional de saúde
5. outro motivo: _____
9. NS/NR

H 18. O resultado desse exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 19. Em que serviço de saúde o exame foi solicitado?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 20. Você pagou diretamente pela mamografia?

1. sim, integralmente → **encerre o bloco**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 21. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS

Existem alguns exames que são utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata, como PSA (exame de sangue) e toque retal.

H 22. Quando você fez o último PSA?

1. nunca fiz esse exame
2. há menos de 1 ano → **passa para H 24**
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 23. Qual o principal motivo para você nunca ter feito um exame de PSA ou para que não o tenha feito no último ano?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. tive dificuldade para marcar consulta
4. problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras
5. o convenio médico não cobre este exame
6. nenhum médico indicou/pediu a realização
7. outro: _____
9. NS/NR

→ **Quem nunca fez passa para H29**

H 24. Qual o principal motivo que levou você a fazer esse último exame de PSA?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de profissional de saúde
5. outro: _____
9. NS/NR

H 25. O resultado desse exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 26. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 27. Você pagou diretamente pelo exame?

1. sim, integralmente → **passa para H 29**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 28. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

H 29. Um outro exame utilizado para prevenção do câncer de próstata é o toque retal. Quando foi a última vez que fez esse exame?

1. nunca fez esse exame
2. há menos de 1 ano → **passa para H 31**
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 30. Qual o principal motivo para você nunca ter feito um exame de toque retal ou para que não o tenha feito no último ano?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. tive dificuldade para marcar consulta
4. problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras
5. o convênio médico não cobre este exame
6. é um exame desconfortável/embaraçoso
7. nenhum médico indicou a realização
8. outro: _____
9. NS/NR

→ **Quem nunca fez encerre o bloco**

H 31. Qual o principal motivo que levou você a fazer o último exame de toque retal?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum profissional de saúde
5. outro: _____
9. NS/NR

H 32. O resultado deste exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 33. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 34. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **encerre o bloco**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 35. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

IMUNIZAÇÃO**BLOCO I**

Este bloco é aplicado em pessoas com:
Todos → 10 a 19 anos
Todos → 60 anos ou mais
Mulheres → 10- 49 anos

Vamos conversar agora sobre algumas vacinas que você pode ter tomado. Se você tiver o seu cartão de vacinas, seria bom que pudesse pegá-lo.

PARA TODAS AS PESSOAS DE 10 A 19 ANOS

I 01. Você tomou alguma vez vacina contra hepatite B?

1. não
2. sim → **passe para I 03**
9. NS → **passe para I 07**

I 02. Por que não tomou vacina contra hepatite B?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade em conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passe para I 07**

I 03. Quantas doses você tomou?

1. três doses → **passe para I 05**
2. menos de três doses
9. NS/NR

I 04. Por que não completou o esquema de três doses?

1. não achei necessário
2. esqueci de retornar
3. por causa da reação da dose anterior
4. não fui orientado/não sabia sobre a necessidade de 3 doses
5. outro: _____
9. NS/NR

I 05. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passe para I 07**
2. privado
9. NS/NR

I 06. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 07. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra hepatite B?

1. não
2. sim
9. não me lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 08. A informação foi obtida do cartão de vacina?

1. não
2. sim

→ **se homem adolescente encerre o bloco**

PARA TODAS AS MULHERES DE 10 A 49 ANOS

I 09. Você tomou vacina contra rubéola em algum momento da sua vida?

1. não
2. sim → **passe para I 11**
9. NS → **passe para I 13**

I 10. Por que não tomou vacina contra rubéola?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passe para I 13**

I 11. O serviço onde você foi vacinada era público ou privado?

1. público → **passe para I 13**
2. privado
9. NS/NR

I 12. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 13. Você foi orientada por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra rubéola?

1. não
2. sim
3. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 14. A informação foi obtida do cartão de vacina?

1. não
2. sim

PARA TODAS AS PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS

I 15. Você recebeu vacina contra gripe nos últimos 12 meses?

1. não
2. sim → **passa para I 17**
9. NS → **passa para I 19**

I 16. Por que não tomou vacina contra gripe?

1. não acho necessário
2. pode causar reação
3. não recebi orientação
4. dificuldade de acesso ao serviço de saúde
5. outro: _____
9. NS/NR

→ **passa para I 19**

I 17. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passa para I 19**
2. privado
9. NS/NR

I 18. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 19. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra gripe/influenza?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

I 20. Você recebeu vacina contra pneumonia nos últimos 5 anos?

1. não
2. sim → **passa para I 22**
9. NS/NR → **passa para I 24**

I 21. Por que não recebeu vacina contra pneumonia?

1. não acho necessário
2. pode causar reação
3. não recebi orientação
4. dificuldade de conseguir a vacina
5. outro: _____
9. NS/NR

→ **passa para I 24**

I 22. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passa para I 24**
2. privado
9. NS/NR

I 23. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 24. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra pneumonia?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

I 25. Quando foi a última vez que você tomou vacina contra o tétano?

1. há menos de 5 anos
2. entre 5 e 10 anos
3. há mais de 10 anos
4. nunca tomei essa vacina
9. NS/não lembro

I 26. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra o tétano?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 27. A informação foi obtida do cartão de vacina?

	sim	não
a. para gripe	1	2
b. para pneumonia	1	2
c. para tétano	1	2

USO DE MEDICAMENTO BLOCO J

Vamos conversar agora sobre os medicamentos que você utilizou nos últimos 3 dias. Pode ter sido para alguma doença, dor, para dormir, vitaminas, para depressão ou nervoso, anticoncepcional etc.

J 01. Você usou algum medicamento nos últimos 3 dias?

1. não → **passe para J 09**
2. sim
9. NS/NR

J 02. Quantos medicamentos? Qual(is)?

1	
2	
3	
4	
5	
6	

MEDICAMENTO 1

J 03. Nome do medicamento:

9. NS/NR

J 03a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

8. NS

9. NR

J 03b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____

9. NS/NR

J 03c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passe para J 04 ou J 09**
9. NS/NR

J 03d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 2

J 04. Nome do medicamento:

9. NS/NR

J 04a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

8. NS

9. NR

J 04b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 04c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passe para J 05 ou J 09**
9. NS/NR

J 04d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 3

J 05. Nome do medicamento:

9. NS/NR

J 05a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

8. NS

9. NR

J 05b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 05c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J06 ou J09**
9. NS/NR

J 05d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 4

J 06. Nome do medicamento:

 9. NS/NR

J 06a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

 8. NS 9. NR

J 06b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 06c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J 07 ou J 09**
9. NS/NR

J 06d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 5

J 07. Nome do medicamento:

 9. NS/NR

J 07a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

 8. NS 9. NR

J 07b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 07c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J 08 ou J 09**
9. NS/NR

J 07d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 6

J 08. Nome do medicamento:

 9. NS/NR

J 08a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

 8. NS 9. NR

J 08b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS A SAÚDE

BLOCO K

ATIVIDADE FÍSICA

As questões que se seguem estão relacionadas ao tempo que você utiliza fazendo atividade física em uma semana **NORMAL, USUAL ou HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Para responder as questões, lembre-se que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

K 01a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

1. não → passe para seção 2
2. sim
9. NS/NR

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em uma semana **USUAL** ou **NORMAL** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos:

K 01b. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

dias/**SEMANA**
☐ nenhum → passe para K 01d

K 01c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

K 01d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

dias/**SEMANA**
☐ nenhum → passe para K 01f

K 01e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

K 01f. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

dias/**SEMANA**
☐ nenhum → passe para seção 2

K 01g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

K 02a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

dias/**SEMANA**
☐ nenhum → passe para K 02c

K 02b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem**?

horas minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

K 02c. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício.

dias/**SEMANA**
☐ nenhum → passe para K 02e

K 02d. Nos dias que você pedala, quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

horas minutos

K 02e. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

dias/**SEMANA**
☐ nenhum → passe para seção 3

K 02f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

|_|_| horas |_|_| minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

K 03a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → passe para K 03c

K 03b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 03c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **o jardim ou quintal**?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → passe para K 03e

K 03d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 03e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → passe para seção 4

K 03f. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente, pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

K 04a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos** no seu tempo livre?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → passe para K 04c

K 04b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 04c. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging:

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → passe para K 04e

K 04d. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 04e. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → passe para seção 5

K 04f. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

K 05a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 05b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 06. Quanto tempo, em média, você passa nessas atividades em dia de semana e em dia de final de semana?

	Dia de semana	NS/NR	Final de semana	NS/NR
K 06a.	Dormindo	99	99	99
K 06b.	Assistindo TV	99	99	99
K 06c.	Trabalhando	99	99	99
K 06d.	Estudando	99	99	99
K 06e.	No transporte	99	99	99
K 06f.	Fazendo serviço em casa	99	99	99
K 06g.	Em lazer	99	99	99
K 06h.	No computador	99	99	99

Se referiu usar computador

K 07. Você utiliza o computador para: (+1)

1. trabalho
2. estudo
3. jogos/música
4. relacionamento
5. outro: _____

K 08. Você pratica regularmente, pelo menos uma vez por semana algum tipo de exercício físico ou esporte?

1. não → **passe para K 10**
2. sim
9. NS/NR

K 09. Qual(is)? Em quantos dias da semana? E durante quantos minutos por dia?

	Tipo de exercício	a. nº de dias	b. Duração
K 09a.	Caminhada (não vale deslocamento para o trabalho)		99
K 09b.	Corrida/corrida em esteira		99
K 09c.	Musculação		99
K 09d.	Hidroginástica		99
K 09e.	Ginástica em geral		99
K 09f.	Natação		99
K 09g.	Artes marciais e lutas		99
K 09h.	Bicicleta/bicicleta ergométrica		99
K 09i.	Futebol		99
K 09j.	Basquetebol		99
K 09l.	Voleibol		99
K 09m.	Tênis		99
K 09n.	Dança		99
K 09o.	Outros:		99

→ **passe para K 11**

K 10. Por que não faz? (+1)

1. não tenho tempo
2. não gosto
3. sinto-me muito cansado
4. não tenho condições financeiras para pagar
5. não tem espaço/ambiente adequado para praticar
6. outro: _____
9. NS/NR

K 11. O que você acha que o município poderia oferecer para incentivar a prática de exercício físico ou esportes? (+1)

1. construção de novas áreas desportivas/lazer
2. melhoria de áreas desportivas/lazer existentes
3. oferecer atividades em escolas, serviços de saúde, praças esportivas e outros locais
4. contratar profissionais capacitados para ensinar/acompanhar as práticas de exercício ou esporte
5. cuidar da segurança e iluminação dos locais de atividades físicas
6. outros: _____
9. NS/NR

CONSUMO DE BEBIDAS

K 12. Qual é a bebida de sua preferência?

Se referir bebida alcoólica → **passa para K 15**

9. NS/NR

K 13. Qual é a bebida alcoólica de sua preferência?

Se referir bebida alcoólica → **passa para K 15**

2. Não bebe álcool

9. NS/NR

K 14. Há quanto tempo você não ingere bebida alcoólica?

1. nunca bebeu

2. não bebe há mais de um ano } → **passa para K 27**

3. parou de beber há menos de um ano

9. NS/NR

PARA PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS

Agora, iremos perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.

Entrevistador: lembre-se que 1 dose corresponde a 1 taça de vinho ou 1 dose de destilado (uísque, vodca, cachaça) ou 1 lata de cerveja.

K 15. Com que frequência você consome (consumia) bebidas alcoólicas?

Nunca	Uma vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
0	1	2	3	4

K 16. Quantas doses de álcool você consome (consumia) num dia normal?

0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
0	1	2	3	4

K 17. Com que frequência você consome (consumia) cinco ou mais doses em uma única ocasião?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 18. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 19. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 20. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 21. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 22. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 23. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano
0	2	4

K 24. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano
0	2	4

K 25. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1. não → **passa para K 27**

2. sim

9. NS/NR

K 26. Você procurou o serviço de saúde para ajudá-lo a diminuir a quantidade de bebida ou a parar de beber?

1. não

2. sim

9. NS/NR

K 27. Você fuma ou já fumou (pelo menos 100 cigarros ou 5 maços) ?

1. não → **passa para K 47**
2. sim 99. NS/NR

K 28. Com que idade começou a fumar regularmente (pelo menos um cigarro/semana)?

____ anos 99. NS/NR

K 29. Você fuma atualmente?

1. não
 2. sim, diariamente
 3. sim, mas não diariamente
- passa para K 34**

K 30. Há quanto tempo você parou de fumar?

____ anos ____ meses 99. NS/NR

K 31. Por que você parou de fumar? (+1)

1. acha que faz mal para saúde
2. teve problema de saúde: _____
3. restrição no trabalho/locais públicos
4. restrição em casa
5. orientação de médico/profissional de saúde
6. outro: _____
9. NS/NR

K 32. Contou com algum apoio para deixar de fumar?

1. não → **passa para K34**
2. sim
9. NS/NR

K 33. Qual o tipo de apoio com que contou? (+1)

1. grupo de apoio em serviço de saúde
2. parentes ou amigos
3. acupuntura
4. tratamento com medicamento, adesivo ou chiclete
5. outro: _____
9. NS/NR

K 34. Quantos cigarros fuma (fumava) por dia?

____ cigarros *Se ex-fumante → passa para K 47*

K 35. Quanto tempo depois de se levantar você fuma o 1º cigarro?

1. primeiros 5 minutos
2. 6-30 minutos
3. 31 – 60 minutos
4. mais de 60 minutos
9. NS/NR

K 36. Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 37. Qual é o cigarro que mais o satisfaz?

1. o 1º da manhã
2. qualquer um
9. NS/NR

K 38. Fuma mais no começo do dia?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 39. Fuma mesmo quando está doente?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 40. Você já tentou parar de fumar?

1. não → **passa para K 46**
2. sim → **K 41.** Quantas vezes? ____
9. NS/NR

K 42. Por que você tentou parar de fumar? (+1)

1. acha que faz mal para saúde
2. teve problema de saúde: _____
3. restrição no trabalho/locais públicos
4. restrição em casa
5. orientação de médico/profissional de saúde
6. outro: _____
9. NS/NR

K 43. Contou com algum apoio quando tentou parar de fumar?

1. não → **passa para K45**
2. sim 9. NS/NR

K 44. Qual tipo de apoio? (+1)

1. grupo de apoio em serviço de saúde
2. parentes ou amigos
3. acupuntura
4. tratamento com medicamento, adesivo ou chiclete
5. outro: _____
9. NS/NR

K 45. O que você acha que fez você voltar a fumar? (+1)

1. irritação, ansiedade e/ou nervoso
2. medo de ganhar peso
3. "fissura" (vontade excessiva)
4. dor de cabeça, insônia e/ou tontura
5. outro: _____
9. NS/NR

K 46. Em relação à intenção de parar de fumar, você diria que: (L)

1. não está pensando em parar de fumar
2. está pensando em parar algum dia na vida
3. está pensando, mas ainda não tem data definida
4. quer parar nas próximas 4 semanas
9. NS/NR

K 47. O que você acha que os serviços de saúde poderiam oferecer às pessoas que querem deixar de fumar? (+1)

1. tratamento medicamentoso
2. tratamento com adesivo/chicletes
3. tratamento com acupuntura
5. outro: _____
9. NS/NR

K 48. Na sua casa: (L)

1. não é permitido fumar em nenhum lugar
2. é permitido fumar em alguns lugares ou horários
3. é permitido fumar em qualquer lugar
4. não existem regras sobre isso
9. NS/NR

K 49. No seu trabalho ou escola: (L)

1. não é permitido fumar em nenhum lugar
2. é permitido fumar em alguns lugares ou horários
3. é permitido fumar em qualquer lugar
4. não existem regras sobre isso
8. não se aplica
9. NS/NR

K 50. Das pessoas com quem convive, quem fuma? (+1)

1. pai
2. mãe
3. Irmão
4. parente que mora junto
5. cônjuge, namorado
6. amigos
7. outro: _____
8. ninguém
9. NS/NR

Para quem não é fumante

K 51. Quantas horas por dia você fica exposto à fumaça do cigarro ou fica próximo de alguém fumando?

____ horas/dia 99. NS/NR

HÁBITO ALIMENTAR**BLOCO L**

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e sua alimentação

L 01. Se mulher, é gestante?

1. não
2. sim
9. NS/NR

L 02. Qual a sua altura?

__ m __ cent. 9. NS/NR

L 03. Qual o seu peso?

__ Kg __ gr. 9. NS/NR

L 04. Você gostaria de ganhar ou perder peso?

- 1 não→ **passa para L 09**
2. sim, de ganhar peso
3. sim, de perder peso
9. NS/NR

L 05. Quanto você gostaria de pesar?

__ Kg __ grs. 9 __ NS/NR

→ Se desejar aumentar o peso passe para L 09

L 06. Você faz alguma coisa para emagrecer?

1. não → **passa para L 09**
2. sim

L 07. O que você faz para emagrecer?

1. nada
2. tem cuidado com o que vai comer
3. faz dieta
4. pratica exercício, esporte, caminhada
5. usa medicamento: _____
6. deixa de fazer alguma refeição
7. outro: _____

L 08. O que você fez para emagrecer nos últimos 12 meses?

1. nada
2. tem cuidado com o que comeu
3. faz dieta
4. pratica exercício, esporte, caminhada
5. usa medicamento: _____
6. deixa de fazer alguma refeição
7. outro: _____

L 09. Agora eu vou perguntar com que frequência você normalmente come ou bebe estes alimentos:	Todo dia	4 a 6 dias/sem	1 a 3 dias/sem	< 1 x semana	< 1x por mes
L 10. Frutas	1	2	3	4	5
L 11. Verduras – hortaliças (saladas cruas)	1	2	3	4	5
L 12. Verduras e legumes cozidos	1	2	3	4	5
L 13. Feijão	1	2	3	4	5
L 14. Refrigerante	1	2	3	4	5
L 15. Leite	1	2	3	4	5

Anote bebidas e alimentos (ingredientes de preparações) consumidos no dia anterior e os horários. Anote o nome da refeição. Não esqueça das marcas comerciais, medidas caseiras, utensílios (tipo de colher, copo, prato, etc.). Atenção para leite e refrigerante, não se esqueça de anotar o tipo (integral, semi ou desnatado, refrigerante normal, diet ou light). E para saladas, os temperos (óleo, azeite ou sal)

[illegible]

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

BLOCO M

M 01. A sua cor ou raça é: (L)

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
6. outra: _____
9. NS/NR

M 02. Qual é a sua religião ou culto?

_____ |__|__|

→ *se referir não ter religião passe para M 05*

M 03. Com que frequência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1. não frequenta ou menos que 1 vez/mês
2. pelo menos 1 vez/mês e menos que 1 vez/semana
3. 1 vez/semana
4. mais de 1 vez/semana
9. NR

M 04. Há quanto tempo você é desta religião?

|__|__| anos

M 05. Onde você nasceu?

1. em Campinas
2. outro município do estado de São Paulo
3. outro estado ou país: _____
9. NS/NR

M 06 Há quanto tempo você mora em Campinas?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 07. Há quanto tempo você mora neste domicílio?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 08. Qual é o seu estado conjugal?

1. casado no civil
2. vive junto/amasiado
3. desquitado/separado/divorciado
4. viúvo
5. solteiro
9. NS/NR

M 09. Você tem filhos? Quantos?

|__|__| filhos

M 10. Frequenta escola? *Se sim: pública ou privada?*

1. sim, rede pública
2. sim, rede particular
3. não

M 11. Até que ano da escola você completou?

01. nunca frequentou, não sabe ler e escrever
02. nunca frequentou, sabe ler e escrever
- 1__. 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)
- 1__. 1º grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15 –18)
- 2__. 2º grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)
25. cursos técnicos de nível médio incompletos
26. cursos técnicos de nível médio completos
30. curso superior incompleto
31. curso superior completo
32. pós graduação senso estrito
99. NS/NR

M 12. Atualmente, você frequenta algum tipo de curso como informática, idiomas, dança, artes etc.?

1. sim
2. não → **passe para M 14**

M 13. Que tipo de curso? (+1)

1. idiomas
2. informática
3. dança
4. música
5. profissionalizante: _____
6. outros: _____

M 14. Atualmente, você exerce alguma atividade de trabalho remunerada ou não?

1. sim, em atividade
 2. sim, mas afastado por motivo de doença
 3. sim, e também aposentado
 4. não, desempregado → **passse para M 16**
 5. não, aposentado ou pensionista
 6. não, dona de casa → **passse para M 22**
 7. não, só estudante
 8. outros
 9. NS/NR
- **passse para N 01**

M 15. O senhor foi aposentado por:

1. doença/invalidez
2. tempo de trabalho/idade

M 16. Qual é (era) a sua ocupação em seu trabalho principal? → **se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior.**

_____ | | | | |
999. NS/NR

M 17. No seu trabalho principal, você é (era):

1. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada
2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada
3. empregado familiar não remunerado
4. conta própria ou autônomo com estabelecimento
5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento
6. empregador com até 4 funcionários fixos
7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos
8. outro: _____
9. NS/NR

SOMENTE PARA A PESSOA QUE TRABALHOU NO ÚLTIMO MÊS

M 18. Quantas horas por semana, em média, você se dedicou a esse trabalho no último mês?

|_|_| horas
99. NS/NR

M 19. Nos demais trabalhos?

|_|_| horas
88. não tem outros trabalhos
99. NS/NR

Qual foi o seu rendimento líquido com salário, rendas ou pensão no mês passado?

		Valor em reais	NS/NR
M 20.	No trabalho principal?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 21.	Nos demais trabalhos?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 22.	Com aposentadoria ou pensão?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 23.	Outros:	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999

Nº. do domicílio |_|_|_|_|_|_|_|_|

N 01 b. Nº. da família |_|_|

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO**BLOCO N****PREENCHER UM BLOCO PARA CADA FAMÍLIA**

As perguntas N 02 a N 11 devem ser respondidas pelo entrevistador. (Apenas em caso de dúvida, pergunte ao entrevistado).

N 02. Caracterização do domicílio:

1. casa
2. apartamento
3. barraco
4. casa de cômodos (cabeça de porco/cortiço)
5. outro: _____
9. NS/NR

Na rua do domicílio, existe:

	sim	não
N 03. Pavimentação?	1	2
N 04. Guias e sarjetas?	1	2
N 05. Iluminação pública?	1	2

No domicílio:

	sim	não
N 06. Tem água da rede geral/canalizada?	1	2
N 07. Tem água canalizada interna no domicílio?		
N 08. Tem iluminação elétrica?	1	2
N 09. É ligado à rede de esgoto?	1	2
N 10. Tem coleta pública do lixo?	1	2
N 11. Tem sanitário?	1	2

N 12. Este domicílio em que você mora é próprio ou alugado?

1. próprio, quitado
2. próprio, pagando
3. alugado
4. cedido
5. outra condição: _____
9. NS/NR

N 13. Quantos cômodos existem neste domicílio?

|_|_| 99. NS/NR

N 14. Quantos banheiros existem neste domicílio?

(considere apenas os que contêm chuveiro ou banheira e vaso sanitário)

|_|

Os moradores deste domicílio contam com os seguintes equipamentos? Com quantos?

N 15. |_|_| rádio**N 16.** |_|_| MP3/MP4/MP5**N 17.** |_|_| televisão em cores**N 18.** |_|_| geladeira**N 19.** |_|_| freezer**N 20.** |_|_| máquina de lavar roupa → não considerar tanquinho**N 21.** |_|_| forno de microondas**N 22.** |_|_| videocassete/DVD**N 23.** |_|_| máquina de lavar louça**N 24.** |_|_| aparelho de ar condicionado**N 25.** |_|_| aspirador de pó**N 26.** |_|_| telefone fixo**N 27.** |_|_| telefone celular**N 28.** |_|_| câmera digital**N 29.** |_|_| computador → se não tiver, passe para N 31**N 30.** Em seu domicílio, tem acesso à internet?

1. sim

2. não

9. NS/NR

Os moradores deste domicílio têm:

N 31. Automóvel? 1. sim 2. não**N 32.** Moto? 1. sim 2. não**N 33.** Outro imóvel que não a residência atual?

1. sim

2. não

N 34. Este domicílio conta com o serviço de empregadas domésticas?

1. não

2. sim →

N 35. Quantas?

Caso o entrevistado seja o responsável pela família, passe para o “Quadro de composição e renda familiar”.

N 36. Até que ano da escola o(a) responsável pela família completou?

01. nunca freqüentou, não sabe ler e escrever

02. nunca freqüentou, sabe ler e escrever

1___. 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)

1___. 1º grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15-18)

2___. 2º grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)

25. cursos técnicos de nível médio incompletos

26. cursos técnicos de nível médio completos

30. curso superior incompleto

31. curso superior completo

32. Pós graduação senso estrito

99. NS/NR

N 37. Qual é(era) a ocupação do(a) responsável pela família no trabalho principal?

→ se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior

999. NS/NR

N 38. No trabalho principal, o(a) responsável pela família é(era):

1. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada

2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada

3. empregado familiar não remunerado

4. conta própria ou autônomo com estabelecimento

5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento

6. empregador com até 4 funcionários fixos

7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos

8. outro: _____

9. NS/NR

Quadro de rendimentos líquidos dos membros da família, no mês anterior:

	Nome	a. Relação com o responsável pela família	b. Renda líquida	NS/NR
N 39.			R\$,00	99999
N 40.			R\$,00	99999
N 41.			R\$,00	99999
N 42.			R\$,00	99999
N 43.			R\$,00	99999
N 44.			R\$,00	99999
N 45.			R\$,00	99999
N 46.			R\$,00	99999
N 47.			R\$,00	99999
N 48.			R\$,00	99999

Códigos para a relação com o responsável

1. responsável pela família

2. cônjuge/companheiro(a)

3. filho(a)/ enteado(a)

4. outro parente

5. agregado

9. outro