

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**DOENÇAS CRÔNICAS E PROBLEMAS DE SAÚDE EM
ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.**

Marici Braz

Campinas, 2011



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**DOENÇAS CRÔNICAS E PROBLEMAS DE SAÚDE EM
ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.**

Marici Braz

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente área de concentração em Pediatria. Sob orientação do Prof. Dr. Antônio de Azevedo Barros Filho.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

B739d Braz, Marici, 1967-
Doenças crônicas e problemas de saúde em
adolescentes do município de Campinas. -- Campinas,
SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Antônio de Azevedo Barros Filho
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Inquéritos Epidemiológicos. 2. Obesidade. 3.
Asma. 4. Hipertensão. 5. Cefaléia. I. Barros Filho,
Antônio de Azevedo. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Chronic diseases and health problems in adolescents from
Campinas

Palavras-chave em inglês:

Health Surveys

Obesity

Asthma

Hypertension

Headache

Área de concentração: Pediatria

Titulação: Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

Banca examinadora:

Antônio de Azevedo Barros Filho [Orientador]

Tamara Beres Lederer Goldberg

Lília Freire Rodrigues de Souza Li

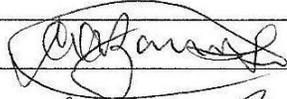
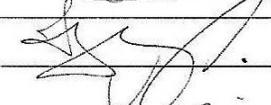
Data da defesa: 29-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Faculdade de Ciências Médicas

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

Aluna Marici Braz

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho

Membros:	
Professor Doutor Antonio de Azevedo Barros Filho	
Professora Doutora Tamara Beres Lederer Goldberg	
Professora Doutora Lília Freire Rodrigues de Souza Li	

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29/07/2011

Dedicatória

À minha mãe, Ana Maria, exemplo de dedicação e dignidade.

Aos meus filhos, Lucas e Júlia, os melhores projetos da minha vida.

*Ao meu marido, Reinaldo, companheiro presente nas minhas conquistas,
meu grande amor.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Ana Maria por ser a grande responsável pelo que eu sou hoje.

Ao meu marido, Reinaldo pelo companheirismo, incentivo e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos, Lucas e Júlia por me fazerem compreender cada vez mais os adolescentes e pela grande paciência e compreensão nos momentos que não pude oferecer-lhes dedicação.

Ao meu orientador Prof. Dr. Antônio de Azevedo Barros Filho por ter me incentivado, orientado e permitido a minha livre criação.

À Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros por permitir meu encontro com a epidemiologia e pelo apoio e orientação.

Ao meu grande amigo e compadre Roberto Celso Colacioppo que me ajudou a desvendar os mistérios da estatística.

Às professoras e amigas Dra. Maria Ângela Antônio e Dra. Lurdinha Zanolli e aos professores e amigos Dr. André Morcillo e Ricardo Caraffa pelo modelo de profissionalismo, incentivo e confiança.

À profa. Dra. Lilia Li companheira na busca pelo espaço da atenção ao adolescente, grande incentivadora e amiga.

Aos meus professores e colegas da Pediatria Social do departamento de Pediatria da FCM-UNICAMP, que muito me apoiaram para conquistar mais esta etapa profissional.

À Daniela, à Flávia, à Priscila e à Tássia pela grande ajuda na superação das minhas dificuldades na elaboração da tese.

A todos do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de medicina preventiva e social - FCM-UNICAMP, pelo convívio.

Ao CNPq, à Secretária Municipal de saúde de Campinas e ao Ministério da Saúde pelo apoio financeiro.

Olhem para os seus adolescentes.
Regina Muller

*Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidades
um do outro. Serás para mim único no mundo.
E eu serei para ti única no mundo...*
Antoine de Saint-Exupery

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Contextualização da atenção à saúde dos adolescentes	15
1.2 Revisão da literatura científica sobre adolescência	25
1.3 Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT)	27
1.4 Inquéritos de saúde	31
2. OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo geral	35
2.2 Objetivos específicos	35
3. MATERIAL E MÉTODOS	36
3.1 População do estudo	37
3.2 Amostra	38
3.3 Instrumento e coleta de dados	44
3.4 Variáveis do estudo	45
3.5 Entrevistas	47
3.6 Análise dos dados	48
3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	48
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSSÃO	62
6. CONCLUSÃO	69
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	85

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASAJ	- Área de Saúde do Adolescente e Jovem
CDC	- Centers for Disease Control and Prevention
DATASUS	- Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DORT	- Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
HBSC	- Health Behaviour in School-aged Children
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	- Intervalo de Confiança de 95%
IMC	- Índice de Massa Corporal
ISACamp	- Inquérito de Saúde do Município de Campinas
ISA-Capital	- Inquérito de Saúde no Município de São Paulo
ISA-SP	- Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo
LER	- Lesões por Esforços Repetitivos
χ^2	- Teste de Qui quadrado
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PeNSE	- Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	- Pesquisa Nacional de Saúde
POF	- Pesquisa de Orçamento Familiar
PROSAD	- Programa de Saúde do Adolescente
PSF	- Programa da Saúde da Família
RP	- Razão de Prevalência
SEADE	- Sistema Estadual de Análise de Dados
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNESP	- Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
USP	- Universidade de São Paulo
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
YRBSS	- Youth Risk Behaviour Surveillance System

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População residente em área urbana, segundo idade. Campinas, 2000.....	38
Tabela 2. População, amostra e pesos, segundo domínios de estudo. Campinas 2000.	40
Tabela 3. Razão população/domicílios e número de domicílios da amostra segundo domínio de estudo.....	40
Tabela 4. Números de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo.	41
Tabela 5. Taxa de resposta e peso de não resposta para cada grupo de setores segundo escolaridade do chefe de família.	43
Tabela 6. Distribuição percentual SEADE-2008 e ISACamp-2008/09, e Peso de pós estratificação SEADE-2008 / ISACamp-2008/09 , segundo idade e sexo.	44
Tabela 7. Características demográficas dos adolescentes do Município de Campinas – SP, Brasil 2008/2009.	50
Tabela 8. Prevalência do número de doenças crônicas diagnosticadas e de problemas de saúde referidos em adolescentes do município de Campinas – SP, Brasil, 2008/09.....	58
Tabela 9. Prevalência de doenças crônica diagnosticadas segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas em adolescentes do município de Campinas – SP, Brasil, 2008/09.	59
Tabela 10. Prevalência de problemas de saúde referidos segundo variáveis demograficas e socio-econômicas em adolescentes do município de Campinas - SP, Brasil, 2008/09.	60
Tabela 11. Características sociodemográficas e IMC de adolescentes do Município de Campinas – SP, Brasil, 2008/09.	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evolução das pesquisas sobre adolescência indexadas no MEDLINE no período de 1960 – 2010.	26
Figura 2. Evolução das pesquisas sobre adolescência indexadas no LILACS no período de 1980 – 2010.	26
Figura 3. <i>Check list</i> de doenças crônicas diagnosticadas.	45
Figura 4. <i>Check list</i> de problemas de saúde referidos.	46
Figura 5. Distribuição dos adolescentes do município de Campinas segundo ocupação e tipo de rede escolar em 2008/09.	53
Figura 6. Distribuição de adolescentes do município de Campinas segundo estado conjugal, filhos e gravidez, em 2008/09.	54
Figura 7. Distribuição de adolescentes do município de Campinas segundo religião e frequência a culto religioso, em 2008/09.	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição de renda <i>per capita</i> em adolescentes do município de Campinas em 2008/09.	51
Gráfico 2. Distribuição da escolaridade do chefe de família de adolescentes do município de Campinas 2008/09.	52
Gráfico 3. Distribuição do IMC em adolescentes do município de Campinas, em 2008/09.	56
Gráfico 4. Prevalência de doenças crônicas diagnosticadas em adolescentes do município de Campinas, em 2008/09.	57
Gráfico 5. Prevalência de problemas de saúde referidos em adolescentes do município de Campinas, em 2008/09.	57

A concepção de que os adolescentes raramente ficam doentes e o hábito de justificar qualquer problema de saúde seja físico ou mental como “normal” ou característico desta etapa da vida têm limitado a atenção à saúde dos adolescentes e conseqüentemente as pesquisas nesta área. O controle das doenças infecto-contagiosas, das doenças respiratórias na infância, a maior sobrevivência de neonatos extremos, a correção cirúrgica de cardiopatias congênitas, assim como as mudanças dos hábitos alimentares e de atividade física entre crianças e adolescentes podem estar aumentando a prevalência de doenças crônicas em adolescentes. O objetivo deste estudo transversal de base populacional foi estimar a prevalência de doenças crônicas diagnosticadas e de problemas de saúde referidos segundo variáveis demográficas e socioeconômicas e identificar as características demográficas e socioeconômicas dos adolescentes do município de Campinas. As informações de 929 adolescentes de 10 a 19 anos foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares realizadas no Inquérito de Saúde do Município de Campinas, ISACamp 2008/09. Foram utilizadas estatísticas descritivas, teste de associação pelo χ^2 , razões de prevalência e intervalos de confiança de 95%. Para análise múltipla foi realizada Regressão de Poisson. Verificou-se que entre os adolescentes de Campinas a prevalência de ao menos uma doença crônica diagnosticada foi de 19,17% (IC 95%: 15,67 – 23,22), sendo asma a de maior prevalência 7,59% (IC95%: 6,01-9,54), hipertensão (1,07%) e diabetes (0,21%) foram pouco prevalentes nos adolescentes. Problemas de saúde referidos tiveram prevalência de 61,53% (IC95%: 54,61– 68,02), alergia 40,39% (IC 95%: 34,90-46,13) e dores de cabeça freqüente/enxaqueca 24,83% (IC95%: 20,35-29,92) foram os problemas de saúde referidos mais freqüentes. Após análise ajustada para idade e sexo observou-se que faixa etária de 15 a 19 anos, não frequentar escola, ter filhos e ser obeso estavam associados à doença crônica diagnosticada. Somente sexo feminino apresentou associação a problemas de saúde referidos após a análise múltipla. A prevalência de problemas de saúde referidos entre os adolescentes de Campinas mostrou-se elevada e três vezes maior do que a prevalência de doenças crônicas diagnosticadas. A ideia de que a adolescência é uma fase da vida na qual pouco se adoecer deve ser refutada.

ABSTRACT

The concept that adolescents are rarely ill and the habit of regarding any health problem they have, whether physical or mental, as normal or typical of that period of life, have limited the health care for them and, in consequence, research in that field. The control of childhood infectious diseases, respiratory system disorders, longer lifespan for extreme neonates, corrective surgery of congenital heart abnormalities, as well as changes in eating habits and physical activity among children and adolescents, may be increasing the prevalence of chronic diseases among adolescents. The aim of this population-based cross-sectional study was to identify the demographic and socioeconomic characteristics of adolescents in the municipality of Campinas, and analyze the prevalence of diagnosed chronic diseases and health problems reported using demographic and socioeconomic variables. The information from 929 adolescents aged between 10 and 19 was obtained through household interviews in a health survey conducted in the municipality of Campinas - ISACamp 2008/09. Descriptive statistics, the chi-squared test of association, prevalence proportions, and 95% confidence intervals were used. The multiples analysis was performed using Poisson Regression. It was verified that the prevalence of diagnosed chronic diseases among adolescents in Campinas was 19.17% (95% CI: 15.67-23.22), asthma being the most prevalent 7,59% (95% CI: 6.01-9.54), hypertension(1,07%) and diabetes (0,21) were less prevalent in adolescents. The prevalence of health problems reported was 60.99% (95% CI: 54.12-67.46), allergies 49,39% (95% CI: 34.90-46.13) and frequent headaches/migraine 24,83% (95% CI: 20.35-29.92) showing the highest frequency. After the adjusted analysis was conducted, it was observed that while the 15-19 age group, not attending school, having children and being obese were associated with diagnosed chronic diseases. Only female sex was associated with health problems reported after multiple analyses. The prevalence of health problems reported in adolescents from Campinas was significant, being three times higher than that of diagnosed chronic diseases. The concept that adolescence is the period of life during which illnesses are rare should be refuted.

1. INTRODUÇÃO



1.1 Contextualização da atenção à saúde dos adolescentes

Raciocínio lógico e de organização é a base da ciência, herdado da filosofia aristotélica. Para Aristóteles tudo pode ser dividido e ordenado, pois a realidade é composta de elementos distintos ou distinguíveis⁽¹⁾. É nesta lógica que se divide as fases da vida. Philippe Ariés, com perfeição e de forma inédita aponta no seu livro “História Social da Criança e da família” as divisões das fases da vida de acordo com o momento histórico social do homem e descreve o surgimento da ideia de adolescência no final do século XIX e sua expansão após a 1ª guerra mundial. Com “a mistura de pureza (provisória), de força física, de espontaneidade e de alegria de viver” o adolescente passa a ser o herói do século XX: “*o século da adolescência*”⁽²⁾.

Alguns pensadores do século XX criticam a visão aristotélica da ciência, em específico a também chamada ciência biomédica, pois acreditam que tal forma de raciocínio lógico “reduz a vida á categoria de objeto” e com isto perdem-se as características particulares, de complexidade e reais de cada indivíduo estudado⁽³⁾.

Seguindo este raciocínio científico ou biomédico, por muito tempo puberdade e adolescência se confundiram. Freud, em 1905, afirma que “O mais importante dos trabalhos psíquicos, mas também o mais doloroso da época da **puberdade** é o desligamento da autoridade dos pais. Este desligamento produz a contradição, tão importante para a evolução cultural, entre a nova geração e a antiga”⁽⁴⁾. Percebe-se aqui a referência a um processo exclusivamente biológico, lembrando que puberdade é o fenômeno de transformações biológicas corporais, decorrentes da ação hormonal do eixo neuro-hipotalâmico que engloba o desenvolvimento das gônadas e dos caracteres sexuais secundários, o estirão do crescimento,

mudanças na composição corporal (esqueleto, músculos e tecido adiposo) e desenvolvimento do sistema cardiorrespiratório^(5, 6).

Somente na década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS), num documento intitulado “Problemas de saúde da adolescência”, define pela primeira vez a adolescência como:

um processo - uma série de variadas, rápidas e extensas alterações, - bem como um período da vida... que... abrange a faixa etária de 10 a 20 anos... A adolescência é caracterizada por uma série de alterações bioquímicas, anatômicas e mentais que não são encontradas em outros grupos etários... São essas mudanças rápidas e extensas que diferenciam os adolescentes das crianças e dos adultos e que devem ser levados em conta quando os adolescentes e seus problemas de saúde são alvo de atenção. Os fatores sociais também devem ser analisados cuidadosamente, pois muitas das mudanças estão intimamente relacionadas a eles⁽⁷⁾.

Esta definição, apesar de fazer uma ressalva a fatores sociais, mantém ainda a concepção biológica de base.

Na década de 80, influenciada pela crítica que Foucault faz ao conceito de ciência e de racionalidade e com base na sua proposta de pensar diferentemente a medicina como ciência do homem e não da vida, fato que a torna uma ciência social, política e histórica^(3, 8) a definição de adolescência e, sobretudo a abordagem do adolescente começam a mudar. Mesmo assim, guardam muito da concepção reducionista biomédica e continuam recebendo críticas de vários autores.

Em 1989 após a 42ª reunião da Assembléia Mundial de Saúde, a OMS delibera, uma nova definição da adolescência e as ações para a garantia de uma vida saudável com base em suas necessidades específicas^(9, 10):

A adolescência é sempre um período de transição entre a infância e a vida adulta que vai dos 10 aos 19 anos, no qual os jovens desenvolvem suas capacidades experimentando novos tipos de comportamento. Ela representa uma encruzilhada na vida, em que um caminho saudável para a fase adulta poderá ser alcançado se suas necessidades de desenvolvimento e segurança forem atendidas, caso contrário um padrão de comportamento nocivo poderá desenvolver-se com conseqüências negativas para a saúde e sobrevivência, a curto ou longo prazo.

Critica-se a homogeneização e a universalização que estas definições proporcionam quando se fala em período de transição entre a infância e a vida adulta que vai dos 10 aos 19 anos⁽⁹⁾. Além de banalizar uma fase essencial do desenvolvimento humano, na qual está implicado o desenvolvimento de parte fundamental da sexualidade do indivíduo e de sua autonomia psicossocial, considerar este período da vida como transitório é relegá-lo a segundo plano, além disso, como Peres⁽¹¹⁾ salientou em sua crítica:

Essa noção traz implícita a idéia de uma evolução natural do ser humano, linear, independente das condições concretas de sua existência - materiais e simbólicas -, ou seja, um processo que se opera segundo um determinismo pré-estabelecido, imanente ao desenvolvimento humano, apesar dos sujeitos em sua diversidade cultural e desigualdade social;

Outra crítica que se faz é em relação à normatização da adolescência e diz respeito às mudanças cognitivas e psicológicas presentes neste momento da vida, que são interpretadas como geradoras de crise. Sabe-se que qualquer mudança por menor que seja pode criar um desconforto ou insegurança independente da idade do indivíduo. No caso da adolescência, deu-se um nome a estes conflitos: *Síndrome da adolescência normal*⁽¹²⁾. Com esta definição o risco está em reduzir a adolescência ao sentido patológico de *síndrome* ou de banalizar estas alterações fundamentalmente importantes para o processo de desenvolvimento ao defini-la como *normal*. Grossmann e Cardoso⁽¹³⁾ ainda chamam a atenção para o risco de padronizar um comportamento esperado:

Tal concepção supõe a existência de um padrão médio, característico do adolescente normal, cuja classificação em normal ou patológico está na dependência da menor ou maior proximidade a este padrão de referência.

Não se leva em conta o indivíduo, o adolescente é visto como um objeto biológico, as diferentes condições familiares, culturais e socioeconômicas nos quais o adolescente está inserido não são consideradas. O tempo é único, 10 anos de transição, desta forma, a adolescência tem um início e um fim predeterminados, cria-se um padrão de comportamento organizado dentro de uma síndrome, que como é normal, não precisa de atenção, pois logo passa, em 10 anos.

Em 1989 o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Saúde do Adolescente-PROSAD fundamentado numa política de Promoção de Saúde, de identificação de grupos de risco, de detecção precoce dos agravos e de reabilitação. Visando as necessidades específicas da população adolescente, orienta o atendimento por equipe multidisciplinar^(14, 15). A nova proposta de abordagem do adolescente foi fundamentada no modelo biopsicossocial que

preconiza a visão integral do indivíduo e valoriza igualmente os aspectos físicos, psicológicos e sociais do processo saúde-doença⁽¹⁶⁾. No entanto, ao implantar este tipo de atendimento, observou-se uma dicotomia: de um lado permaneceu o atendimento médico reduzido à avaliação do biológico, da queixa e do sofrimento concreto do corpo, do outro lado, o restante da equipe multidisciplinar focada no psicossocial, que engloba os fatores psicológicos/afetivos e no ambiente cultural/socioeconômico no qual o indivíduo está inserido e que possibilita compreender a origem dos seus conflitos e sofrimentos e determinar os possíveis riscos a que este possa estar exposto^(17, 18). Com esta divisão, a atenção ao adolescente continuou “medicocêntrica” com enfoque curativo e a proposta de integralidade não se concretizou⁽¹⁹⁾.

Num estudo para “a avaliação sobre as oportunidades perdidas na atenção integral do adolescente” em Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro, onde o PROSAD foi implantado, Ruzany⁽²⁰⁾ verifica que as consultas médicas dos adolescentes seguiam o padrão clássico de consulta e conclui que nem sempre os médicos estavam preparados ou dispunham de tempo para atender adolescentes com outros problemas que não fossem estritamente clínicos, desta forma, com a demanda reprimida, o adolescente não retornava para uma nova consulta. Assinala também que “se o adolescente conquistou um pequeno espaço para o seu cuidado e atendimento na atenção básica, existe uma lacuna no âmbito hospitalar”, pois são raros os leitos dedicados exclusivamente a esta população específica. Os adolescentes ficam divididos entre leitos pediátricos, até a idade de 14 anos e 11 meses e leitos de adultos, após os 15 anos, e nas maternidades, não há alas específicas para gestantes e parturientes adolescentes.

Na década de 90 vários documentos foram elaborados para garantir os direitos humanos no Brasil. Tem-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que reconhece todas as crianças e

adolescentes como sujeitos de direito, define como adolescentes aqueles indivíduos entre doze e dezoito anos de idade e assegura o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, para promoção, proteção e recuperação da saúde⁽²¹⁾.

Neste novo contexto a atenção ao adolescente passa a seguir os princípios do SUS: acesso universal, equidade, igualdade, descentralização dos serviços de saúde e participação da sociedade. O programa de saúde da família (PSF) é a referência para o atendimento do adolescente nas unidades básicas de saúde. A equipe de profissionais de saúde da família é formada, pelo menos, por um médico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista e por cerca de cinco a seis agentes comunitários de saúde que ficam responsáveis por, no máximo, 4.500 pessoas – o que representa aproximadamente entre 800 a 1000 famílias⁽²²⁾. Alguns municípios possuem equipes ampliadas do PSF que atendem 1500 famílias e são constituídas por médicos clínicos e/ou generalistas, pediatras, ginecologistas, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes de saúde. Profissionais de saúde mental (médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais) e assistente social podem completar essas equipes⁽²³⁾.

No entanto os adolescentes continuam encontrando dificuldades no acolhimento de queixas que não sejam centradas em doenças e que sejam peculiares a essa faixa etária, pois muitas vezes as equipes de saúde não desenvolveram a habilidade necessária para a abordagem biopsicossocial preconizada para a atenção ao adolescente e “com exceção da atenção à gestante adolescente e à prevenção de problemas odontológicos, não é determinada nenhuma ação específica voltada para a população adolescente” no PSF⁽²²⁾.

Ainda na década de 90, surge a discussão sobre a vulnerabilidade do adolescente. Inicialmente o termo vulnerabilidade era usado para identificar indivíduos fragilizados jurídica

e politicamente, a partir de 1992, decorrente da epidemia de AIDS, passa a ser utilizado no âmbito da saúde para substituir o termo comportamento de risco⁽²⁴⁾ em uma conotação mais ampla entende-se vulnerabilidade como “a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos”⁽²⁵⁾. Assinala-se que os adolescentes não são vulneráveis apenas a DST/AIDS, mas ao uso de drogas lícitas e ilícitas, gravidez indesejada, erros alimentares, violência nas suas diferentes formas, diante disto, o enfoque do acompanhamento aos adolescentes passa a ser o da promoção e prevenção de saúde.

Em 1999 a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde cria a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), que irá se responsabilizar pela articulação dos diversos projetos e programas relativos aos indivíduos de 10 a 24 anos com o objetivo de garantir uma política nacional para a adolescência e a juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal⁽²⁶⁾.

Raupp e Milnitsky-Sapiro⁽²⁶⁾, ao avaliarem estes programas, chamam a atenção ao fato de os adolescentes serem identificados como um “problema social”, pois são na grande maioria do tempo associados à ideia de risco: o risco de engravidar, o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou o risco de usar drogas, fato que pode levar a uma visão discriminatória do adolescente pela sociedade e conseqüentemente por parte dos profissionais de saúde.

O pediatra foi indicado como o profissional com o perfil mais adequado para o acompanhamento do adolescente. A Sociedade Brasileira de Pediatria justifica a escolha pelo fato do pediatra desempenhar o seguimento do desenvolvimento e crescimento somático da

criança e, por conseguinte ter um olhar mais abrangente e integral sobre o paciente⁽²⁷⁾. No entanto os pediatras têm sua prática galgada na puericultura⁽²⁸⁾, que privilegia a relação com a mãe e/ou responsável para intermediar o cuidado da criança, o objeto da atenção deste profissional. Ora se o adolescente é sujeito de direito e deve protagonizar o seu cuidado, a formação do pediatra e a própria puericultura devem ser revistas⁽²⁹⁾ para que se respeitem os princípios fundamentais do atendimento ao adolescente⁽³⁰⁾:

Ética – a relação do profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias.

Privacidade – adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem.

Confidencialidade e sigilo – adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita.

O Marco Legal: Saúde, um Direito do Adolescente⁽²⁵⁾, um apanhado de vários documentos internacionais e nacionais que abordam os direitos dos adolescentes, tem sido um subsídio fundamental na discussão e implantação de um novo modelo de atenção ao adolescente, pois a aceitação pelos profissionais de saúde do “direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis”, tem garantido uma melhor qualidade na relação do serviço de saúde e o adolescente⁽³¹⁾.

A noção de protagonismo juvenil, segundo a qual “toda ação que coloca os sujeitos participantes do processo como atores principais, valorizando e incorporando suas histórias de vida como ferramentas de trabalho e de construção coletiva”⁽³²⁾, vem ao encontro deste novo modelo de atendimento ao adolescente que propõe uma nova reorganização da atenção ao adolescente levando-se em conta os seguintes aspectos⁽³⁰⁾:

- adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis;
- respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local;
- participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações.

Propõe-se também uma mudança na estratégia de acolhimento dos adolescentes nos serviços de saúde. Se tradicionalmente a procura espontânea era responsável pela baixa adesão destes às ações de saúde, hoje se orienta que atividades propostas pelos serviços sejam elas de assistência, prevenção ou promoção devem ser mais atrativas aos adolescentes, de modo que despertem interesse e possibilitem um diálogo franco entre os adolescentes e os profissionais de saúde, pois quanto mais acolhedor for o serviço de saúde maior será a procura pelos adolescentes⁽³⁰⁾.

Acredita-se que a captação deve ser realizada não somente no interior das unidades de saúde, mas também na comunidade. “A escola é um espaço privilegiado para a captação dos adolescentes. Envolver os adolescentes e jovens em projetos e ações educativas nas escolas e

comunidade – grupos de adolescentes, feiras de saúde”⁽³⁰⁾. A ação integrada entre os diversos setores (intersetorialidade) ligados à adolescência (saúde, escola, esporte, cultura...) pode garantir o acesso à saúde a um maior contingente de adolescentes.

Os grupos de adolescentes favorecem o protagonismo juvenil, conduzindo o adolescente ao seu auto cuidado e, conseqüentemente, à procura do serviço de saúde. O trabalho em grupo possibilita a identificação com os pares, a reflexão e a transformação de diferentes elementos da vida. Essa prática pode favorecer o desencadeamento de processos internos de revisão de valores e posturas, do pensamento crítico e participativo levando ao aprendizado do diálogo e da reflexão que irão conduzi-lo às condutas saudáveis. Portanto o trabalho em grupo deve ser considerado como instrumento valioso na prevenção e promoção da saúde a atenção integral do adolescente e uma forma de aumentar a demanda pela assistência^(33, 34).

Portanto, para melhorar a atenção à saúde dos adolescentes, é fundamental a revisão de vários paradigmas. A definição de adolescência e os pré-conceitos relacionados ao adolescente devem ser cuidadosamente pensados, a concepção biomédica reducionista do atendimento ao adolescente e da formação do profissional que irá atendê-lo devem ser reavaliados, a organização dos serviços de saúde e suas ações direcionadas aos adolescentes devem estar em constante modificação e se adequar às demandas desta população com características peculiares. Pois, como Freud⁽⁴⁾ ressaltou, são as modificações desta etapa da vida que propiciam “a evolução cultural, entre a nova geração e a antiga”⁽⁴⁾.

1.2 Revisão da literatura científica sobre adolescência

Num levantamento preliminar da produção científica sobre temas relacionados à adolescência a partir das bases de dados *on-line* Medline (1966-2010) e Lilacs (1971- 2010), pesquisaram-se os termos: *Adolescent, pregnancy, drinking or alcohol use, smoking, drug substance, violence e chronic disease* e utilizou-se o termo *adolescent* como limite. Pôde-se avaliar a temática mais frequente, a relevância que cada assunto recebe no meio científico e as tendências das pesquisas no período de 1966 a 2010.

Vale ressaltar, que foram consideradas apenas, as publicações cujo tema era, especificamente, doenças crônicas na adolescência, artigos que abordassem os diversos tipos de doença crônicas na infância e adolescência, como por exemplo, asma, cardiopatia congênita, hipertensão, etc, não foram incluídos.

Na figura 1, observa-se a evolução da produção científica indexada no Medline desde o ano de 1966 até 2010.

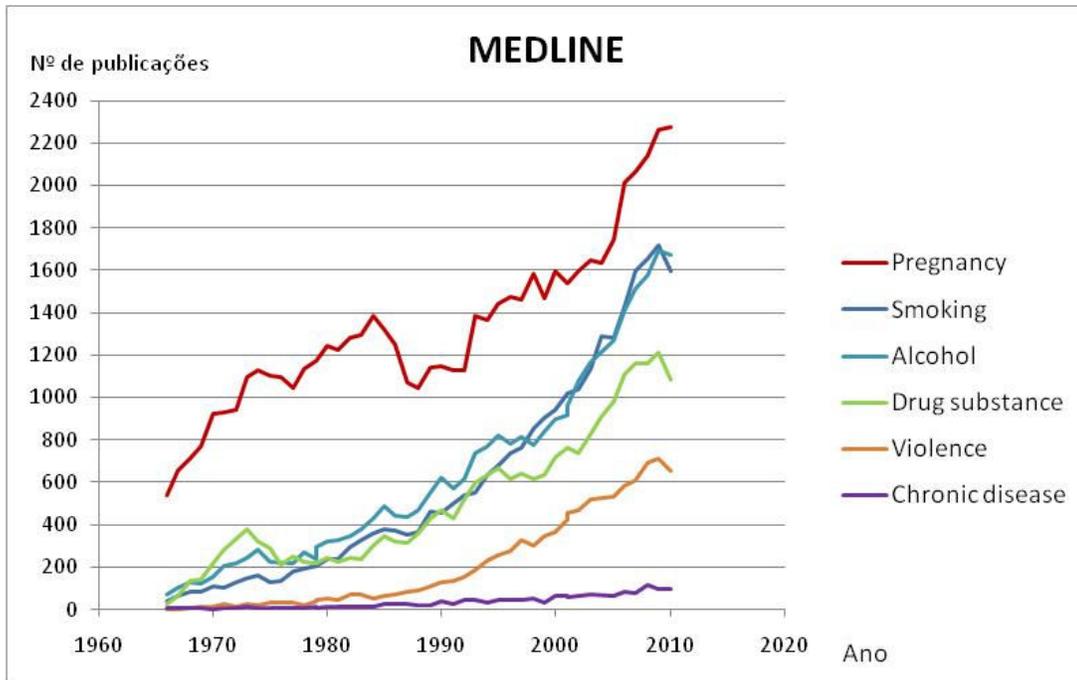


Figura 1. Evolução das pesquisas sobre adolescência indexadas no MEDLINE no período de 1960 – 2010.

Na figura 2, podem-se observar as tendências das pesquisas indexadas no Lilacs entre os anos de 1980 e 2010, e que segue o mesmo padrão observado no MEDLINE.

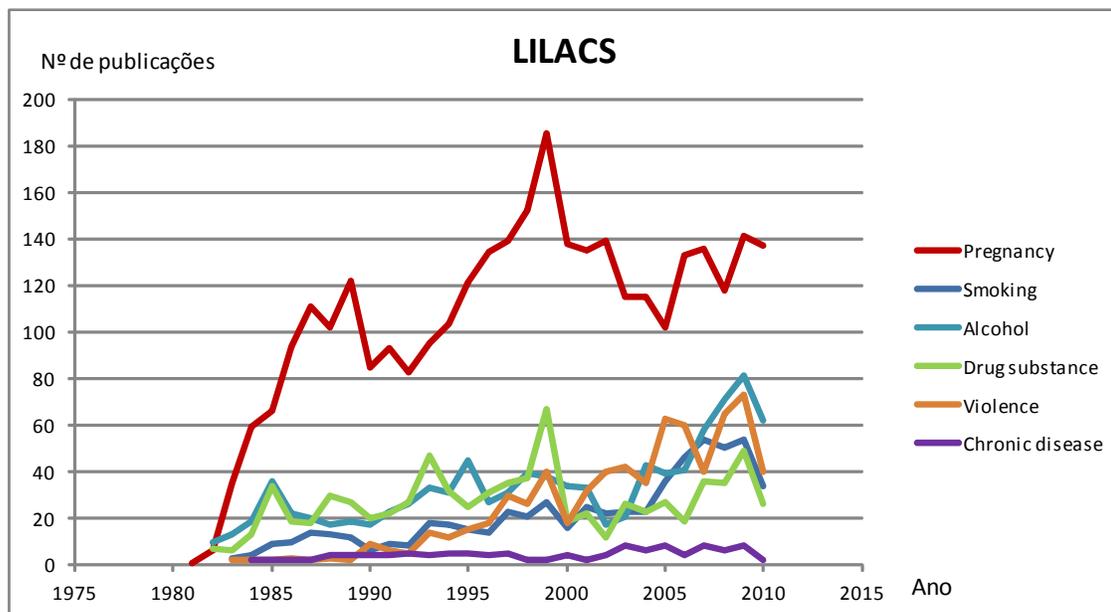


Figura 2. Evolução das pesquisas sobre adolescência indexadas no LILACS no período de 1980 – 2010.

A concepção de que os adolescentes raramente ficam doentes e o hábito de se justificar qualquer problema de saúde, seja físico ou mental, como “normal” ou característico desta etapa da vida, têm limitado a atenção à saúde dos adolescentes e conseqüentemente as pesquisas nesta área⁽³⁵⁾. Como já ressaltado anteriormente, os indivíduos nesta fase da vida são percebidos como indivíduos com maior vulnerabilidade. O fato de que as recomendações da OMS relacionadas à adolescência nas últimas décadas tenham sido na sua grande maioria voltadas para os possíveis comportamentos de risco nesta faixa etária pode explicar o grande número de estudos relacionados à gravidez precoce, ao uso de drogas lícitas e ilícitas e à violência, constatados na revisão. Mas esta tendência parece estar sofrendo modificações, ainda que incipientes e muito recentes para afirmar-se com certeza. Na análise de ambos os gráficos, no último ano, verifica-se um decréscimo dos estudos relacionados a tabagismo, alcoolismo, uso de drogas e violência, e desde o ano de 2003, um aumento constante, mesmo que pequeno, das pesquisas relacionadas às doenças crônicas.

1.3 Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT)

Nas últimas décadas, o controle das doenças infectocontagiosas por meio da vacinação e melhoria das condições de saneamento básico e a diminuição da mortalidade proporcionaram mudanças significativas no perfil das morbidades. O maior controle das doenças respiratórias na infância, o aprimoramento das técnicas cirúrgicas de correção de cardiopatias congênitas e a maior sobrevivência de neonatos prematuros permitiram que ocorresse maior sobrevivência e conseqüentemente aumentou-se a prevalência de doenças crônicas em adolescentes nos países desenvolvidos⁽³⁶⁾.

O contexto ambiental, socioeconômico e as mudanças de hábitos e de estilo de vida são fatores determinantes nas diferenças de condições de saúde das populações. Atualmente, estas mudanças, sobretudo dos hábitos alimentares e de atividade física entre crianças e adolescentes, têm gerado precocemente agravos à saúde com aumento de doenças crônicas não transmissíveis⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

As doenças crônicas não transmissíveis normalmente são associadas aos adultos e, sobretudo, aos idosos, uma vez que a sua prevalência neste estrato da população é alta. Em 2003, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/2003 verificou-se que 70% da população idosa brasileira eram portadora de pelo menos uma enfermidade crônica⁽⁴¹⁾.

A definição de doenças crônicas não transmissíveis proposta pela OMS também remete ao adulto, pois seriam doenças que “levam décadas para estar completamente instaladas na vida de uma pessoa e têm origem em idades jovens; sua emergência é em muito influenciada pelas condições de vida e não é resultado unicamente de escolhas individuais”, portanto podem acompanhar o indivíduo por longos períodos da vida.

O *National Center for Health Statistics*, nos EUA, define de forma mais específica as doenças crônicas na criança e no adolescente como condição com duração superior a três meses, que limitam as funções normais da criança e do adolescente e que podem causar hospitalização por mais de um mês⁽⁴²⁾. Pode-se acrescentar a esta definição que são agravos permanentes, causados por alterações patológicas irreversíveis e podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados⁽⁴³⁾.

Como doença crônica não transmissível, a OMS⁽⁴⁴⁾ classifica especialmente as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias

crônicas e diabetes mellitus. Outras doenças que possam contribuir para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas, também são incluídas nesta classificação.

Caraffa e Sucupira⁽⁴²⁾ chamam a atenção para a diferença de conceitos na língua inglesa entre as palavras “*disease*” e “*illness*”. “*Disease*” traz a dimensão objetiva de doença propriamente dita enquanto que “*illness*” tem a dimensão de sofrimento da subjetividade, que pode ser traduzida pela dor sentida, pela irritação, por sentir-se triste, pelo mal estar ou insônia. Alguns estudos⁽⁴⁵⁾, consideram estes problemas de saúde como condições psicossomáticas que também podem ser classificados como crônicas.

A precariedade de dados dificulta a determinação da prevalência de doenças crônicas entre adolescentes. A justificativa para esta dificuldade está ligada à abrangência dos fatores envolvidos na definição de doença crônica em adolescentes. Estão envolvidos: duração, idade de início, se é congênita ou adquirida, limitação de atividades própria da idade, visibilidade, mobilidade, sobrevida esperada, funcionamento fisiológico e sensorial, comprometimento cognitivo, na comunicação ou emocional/social⁽⁴⁶⁾, dificultando assim a padronização das pesquisas.

Estima-se que a prevalência de doenças crônicas entre crianças e adolescentes nos Estados Unidos seja de 12 a 16%, percentual que vem crescendo com as décadas⁽⁴²⁾. Em alguns países da Europa e no Canadá avalia-se que cerca de 10% dos adolescentes sofram com esta condição⁽⁴⁶⁾. No Brasil não existem estudos que quantifiquem este valor.

Dentre as doenças crônicas a com maior prevalência entre os adolescentes está a asma e a de maior incidência está o diabetes mellitus, particularmente do tipo 2⁽⁴⁷⁾.

Os fatores de risco para doença crônica podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Entre os não modificáveis estão hereditariedade, idade e raça. Entre os modificáveis ou preveníveis estão ingestão de álcool em grandes quantidades, tabagismo, sedentarismo, estresse, obesidade e colesterol elevado⁽⁴⁸⁾.

Sabe-se que a adolescência é uma fase da vida de grande exposição a vários dos fatores citados acima, e muitos dos hábitos adquiridos nesta fase da vida são levados para a vida adulta junto com as suas conseqüências para a saúde.

A relação entre enfermidades crônicas e qualidade de vida vem chamando a atenção nos últimos anos. Em 1998 a OMS definiu Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. As doenças crônicas podem trazer limitações que irão comprometer a qualidade de vida, sobretudo do adolescente que está em intenso processo de modificações biopsicossociais^(43, 49).

Portanto o desenvolvimento de estratégias que estimulem o aumento da discussão e do planejamento intersetoriais é a proposta da OMS presente no Plano de Ação 2008–2013 para conter as Doenças Crônicas não Transmissíveis^(50, 51). No Brasil políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas visando, sobretudo, a população adulta⁽⁵⁰⁾. É necessário criar programas e intensificar intervenções que possam diagnosticar correta e precocemente tanto as enfermidades como os riscos às doenças crônicas entre os adolescentes e que possibilitem intervenções efetivas.

1.4 Inquéritos de saúde

O planejamento de políticas de saúde visando à prevenção e ao controle de doenças deve ter como subsídio informações das condições de saúde, das características demográficas e socioeconômicas da população alvo, assim como dos fatores de risco e do acesso aos serviços de saúde^(41, 48, 52). Os inquéritos populacionais de saúde são um valioso instrumento da saúde pública para a geração de tais informações⁽⁵³⁾, e complementam os dados gerados pelos sistemas de informações oficiais como SIM, SIAB, DATASUS, entre outros⁽⁵²⁾.

No Brasil os inquéritos de saúde foram iniciados na década de 70, e cada vez mais têm ganhado importância na contribuição da elaboração de políticas públicas. Atualmente os principais inquéritos são: Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁽⁵²⁾.

No estado de São Paulo, no início do século XXI, foi realizado o Inquérito Multicêntrico de Saúde - ISA-SP-2001/2002, que envolveu pesquisadores das faculdades de medicina das três universidades estaduais (USP, UNESP E UNICAMP) e do Instituto de Saúde da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Foram obtidas informações de três áreas temáticas: estilo de vida, situação de saúde e uso de serviços de saúde. Estas informações possibilitaram analisar a situação de saúde da população nas suas várias dimensões, determinar o perfil de morbidade e do uso de serviços e conseqüentemente auxiliaram na avaliação e planejamento das ações de saúde⁽⁵⁴⁾. Dando seqüência ao ISA-SP-2001/02, foram realizados dois outros inquéritos de saúde no município de São Paulo - ISA-Capital-2003 e ISA-Capital-2008 e um no município de Campinas, o ISACamp-2008/09⁽⁵⁵⁾.

A realização de inquéritos sequenciais e periódicos possibilita, além de atualizar, comparar os dados e monitorar os vários indicadores obtidos em cada inquérito, servindo assim como mais um instrumento de vigilância em saúde⁽⁵⁶⁾.

Não são muitos os sistemas de vigilância domiciliar em saúde do adolescente, uma das peculiaridades do ISACAMP-2008/09 foi a abrangência desta parcela da população. Após recomendação da OMS inquéritos para avaliação de risco para as doenças crônicas não transmissíveis vêm sendo realizados no âmbito escolar⁽⁵⁷⁾, fato que exclui aqueles adolescentes que não frequentam mais a escola.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal no ano de 2009 por iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi um marco na pesquisa nacional sobre a saúde de escolares, iniciativa inédita, avaliou os comportamentos relacionados a nutrição, fumo e atividade física, relacionamentos entre a família e a escola, de 72 mil adolescentes com idade de 13 a 15 anos matriculados no 9º ano (antiga 8ª série) do ensino fundamental^(58, 59).

O estudo também avaliou as condições do ambiente escolar como a ocorrência de atos de vandalismo, depredação do patrimônio, problemas de violência na vizinhança e *bullying*. Os alunos foram medidos e pesados, obtendo-se assim o perfil biométrico dos estudantes brasileiros⁽⁵⁸⁾.

Na Europa, na década de 80, foi criado um sistema de vigilância de fatores de risco à saúde dirigido a adolescentes escolares, o *Health Behaviour in School-aged Children – HBSC*, inicialmente envolvia três países: Inglaterra, Finlândia e Noruega. Hoje 44 países integram os estudos do *HBSC* que acontecem a cada quatro anos, com escolares de 11 a 15 anos e contam

com a colaboração da OMS. Seu grande objetivo é a compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes, dos seus estilos de vida e dos seus contextos sociais, e compará-los entre os países participantes⁽⁴⁵⁾.

Um sistema de vigilância semelhante ao europeu, o *Youth Risk Behavior Surveillance System – YRBSS* existe nos Estados Unidos desde 1991, é responsável pela monitorização de seis fatores de comportamento de risco entre jovens (violência, tabagismo, uso de álcool e drogas, comportamento de risco sexual, comportamentos alimentares saudáveis e sedentarismo) e da prevalência de asma e obesidade. O *YRBSS* conta com inquérito nacional em meio escolar realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* a cada dois anos, aplicado a estudantes do ensino médio. O último inquérito foi realizado em 2009 e englobou adolescentes de 47 Estados dos 50 que compõe o país. Estes inquéritos visam medir os progressos da saúde entre os jovens rumo aos objetivos do programa governamental *HEALTHY PEOPLE 2020*, avaliar as tendências dos comportamentos de risco à saúde entre estudantes do ensino médio e o impacto de intervenções realizadas na escola e na comunidade. Além disso, órgãos governamentais e não governamentais podem utilizar-se dos dados gerados pelo *YRBSS* para definirem programas de promoção de saúde, para determinarem ou modificarem conteúdo do currículo escolar relacionados à saúde e para justificarem novas políticas de saúde⁽⁶⁰⁾.

Os Inquéritos de Saúde podem ser um valioso instrumento de “escuta”, uma forma de permitir ao adolescente expressar como eles querem o futuro, uma vez que os dados obtidos serão determinantes na elaboração de políticas públicas no campo da saúde, educação e cultura.

2. OBJETIVOS



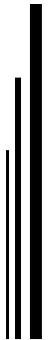
2.1 Objetivo geral

- Determinar as prevalências de doenças crônicas diagnosticadas e de problemas de saúde referidos em adolescentes do município de Campinas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as características demográficas e socioeconômicas dos adolescentes do município de Campinas.
- Analisar as prevalências de doenças crônicas diagnosticadas e de problemas de saúde referidos em adolescentes do município de Campinas, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e IMC.
- Avaliar as associações entre doenças crônicas diagnosticadas e fatores demográficos, socioeconômicos e IMC em adolescentes do município de Campinas.
- Avaliar as associações entre problemas de saúde referidos e fatores demográficos, socioeconômicos e IMC em adolescentes do município de Campinas.

3. MATERIAL E MÉTODOS



Este é um estudo de investigação de corte transversal, cujos dados foram obtidos em inquérito domiciliar de base populacional desenvolvido no município de Campinas, nos anos de 2008 e 2009 (ISACamp 2008/09).

Campinas é o terceiro maior município do estado de São Paulo, com uma área de 801km², localizada a 100 km da cidade de São Paulo. Tem mais de 1,08 milhões de habitantes, segundo o censo de 2010, é 14^a cidade mais populosa do Brasil e 70% da população dependente do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A cidade é o pólo da Região Metropolitana de Campinas, possui um dos maiores centros tecnológicos do país e depara-se com as dificuldades de um município de grande porte^(23, 61).

3.1 População do estudo

A população do estudo foi composta pelos moradores de área urbana do município, residentes em domicílios particulares e permanentes consideraram-se as moradias coletivas, mas foram excluídas as institucionais.

Os dados utilizados para a definição do tamanho da amostra foram referentes ao Censo de 2000, fornecidos pelo IBGE⁽⁶²⁾.

O ISACamp-2008/09 coletou dados de três subgrupos da população: adolescentes, adultos e idosos. Dessa forma, a população foi dividida em três estratos (de 10 a 19 anos; de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais), que constituíram domínios do estudo e para os quais foram sorteadas amostras independentes, neste estudo utilizou-se apenas os dados referentes ao domínio de 10 a 19 anos.

A Tabela 1 mostra a distribuição da população por grupos de idade, segundo o censo de 2000.

Tabela 1. População residente em área urbana, segundo idade. Campinas, 2000

Idade	População
10 a 19 anos	168759
20 a 59 anos	541414
60 anos e mais	91271
Total	801444

3.2 Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra⁽⁶³⁾ foi utilizada a expressão algébrica:

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

Onde:

- **P** é a proporção de indivíduos a ser estimada;
- **z** é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança;
- **d** é o erro de amostragem;
- **deff** é o efeito do delineamento;

Tal fórmula possibilitou levar em consideração as proporções de indivíduos com determinada característica, no caso a idade⁽⁶⁴⁾.

Considerando-se:

- coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança das estimativas ($z = 1,96$);
- erro de amostragem de 5%, indicando que a distância entre a estimativa da amostra e o parâmetro populacional não deveria exceder esse valor ($d = 0,05$);
- que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais é de 50% ($P = 0,50$), por ser a de maior variabilidade, que leva á obtenção de tamanhos de amostras conservadores;
- efeito do delineamento entre 2.

O resultado da expressão que define n_0 é 768. Arredondando este valor para 800 e estipulando-se que 20% dos selecionados não responderiam ao questionário, o tamanho inicial da amostra foi corrigido para $n = 800/0,80 = 1000$. Assim chegou-se ao valor de 1000 entrevistas por domínio.

Como observado na tabela 1, os estratos não possuem tamanhos iguais, desta forma a probabilidade de sorteio em cada domínio é diferente, por isso é necessário determinar um peso para se obterem estimativas referentes ao conjunto dos domínios (Tabela 2). O peso é o inverso da fração amostra/população.

Tabela 2. População, amostra e pesos, segundo domínios de estudo. Campinas 2000.

Domínio	População	Amostra	Pesos
10 a 19 anos	168759	1000	168,759
20 a 59 anos	541414	1000	541,414
60 anos e mais	91271	1000	91,271
Total	801444	3000	

Foi utilizada a amostragem probabilística por conglomerados, em dois estágios: setor censitário e domicílio^(64, 65). Foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município. Nestes 50 setores, foi feito um arrolamento para listagem dos domicílios particulares existentes. O sorteio dos domicílios foi feito de forma a obter no mínimo as 1000 entrevistas para cada estrato.

O cálculo do número de domicílios foi feito a partir da média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade. Dividiu-se, então, o tamanho da amostra (1000 pessoas) por essa média e obteve-se o número de domicílios que deveriam ser sorteados para cada domínio (Tabela 3).

Tabela 3. Razão população/domicílios e número de domicílios da amostra segundo domínio de estudo.

Domínio de estudo	Razão	Domicílios amostra
10 a 19 anos	0,598124	1672
20 a 59 anos	1,918908	522
60 anos e mais	0,323487	3092

O número considerado de domicílios foi o referente ao censo de 2000, que era de 282147. Assim, como a população de adolescentes era de 168759, chegou-se a razão de aproximadamente 0,6 adolescentes por domicílio, devendo-se sortear 1672 domicílios para entrevistar 1000 adolescentes.

O número de setores censitários em que deveriam ser distribuídos esses domicílios foi definido considerando que o total de entrevistas por setor não deveria ultrapassar 20, desta forma, chegou-se ao número de 50 setores censitários e ao número de domicílios por setor a serem sorteados (tabela 4).

Tabela 4. Números de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo.

Domínio	Amostra domicílios	Setores	Amostra domicílios por setor
10 a 19 anos	1672	50	33,44
20 a 59 anos	522	50	10,44
60 anos e mais	3092	50	61,84

Prevendo-se a ocorrência de 20% de não resposta (0,80), 5% de domicílios vagos (0,95) e o aumento no número de domicílios em 10% desde o censo de 2000 (1,10), foram sorteados números 20% maiores¹ de domicílios. Para o domínio de 10 a 19 anos a amostra de domicílios por setor passou a 43, e a amostra de domicílios a 2150. Os sorteios sistemáticos dos setores foram ordenados pelo percentual de chefes de família que possuíam escolaridade

¹ $0,8 \times 0,95 \times 1,10 = 0,83 \cong 0,80$

de nível superior, produzindo uma estratificação implícita por escolaridade do chefe de família.

As frações de amostragem que orientaram o sorteio para grupo de adolescentes foi:

$$f = 50 \cdot \frac{M_h}{M} \cdot 43 \cdot \frac{1}{M_h} = \frac{2150}{282147}$$

Onde $M = 282147$ o número de domicílios do Município de Campinas

$$f = 1/131,23116$$

Para a análise, os dados foram ponderados, ou seja, os resultados de cada entrevistado foram multiplicados pelo peso constante no arquivo de dados. Este peso foi determinado pela associação de três fatores:

Peso do delineamento:

A inclusão deste peso visa compensar as probabilidades desiguais de seleção e é definido pelo inverso da fração de amostragem:

$$1/f_{hi} = M_h/m_h$$

onde:

- M_h é o número total de domicílios dos setores urbanos de escolaridade h ;
- $m_h = a_h \cdot b_h$ é o número de domicílios sorteados no estrato h , a_h o número de setores censitários e b_h o número de domicílios por setor.

Portanto o peso do delineamento para cada adolescente é igual a 131,23116 Peso da não resposta:

A não resposta dos questionários foi diferenciada para grupo de setores de baixa (I), média (II) e alta (III) escolaridade do chefe de família, pois a não resposta é maior quanto maior a escolaridade. Com este peso, evita-se um vício na amostra uma vez que as não respostas acabam ocorrendo mais no estrato de nível socioeconômico mais elevado.

Na tabela 5 pode-se observar a taxa de resposta e o peso de não resposta para cada grupo de setores segundo escolaridade do chefe de família.

Tabela 5. Taxa de resposta e peso de não resposta para cada grupo de setores segundo escolaridade do chefe de família.

Grupo de Setores	Taxa de Resposta	Peso da não Resposta
I	94,70%	1,05561
II	89,50%	1,117085
III	83,10%	1,203951

Peso de pós-estratificação

A distribuição percentual da amostra por estratos de interesse torna-se igual a da população estudada, desta forma, podem-se utilizar informações de fontes externas ao estudo e realizar ajuste para determinada variável do estudo.

No caso do ISACamp-2008/09, foram utilizadas informações do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), da população do município de Campinas sobre idade/sexo referentes ao ano de 2008 e mais atualizadas que o censo de 2000 (tabela 6).

Tabela 6. Distribuição percentual SEADE-2008 e ISACamp-2008/09, e Peso de pós estratificação SEADE-2008 / ISACamp-2008/09 , segundo idade e sexo.

Idade	SEADE 2008		ISACamp 2008		Peso da pós-estratificação SEADE / ISACamp	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
10 a 19 anos	8,69	8,43	9,85	9,69	0,88	0,86
20 a 39 anos	19,67	19,99	16,64	18,35	1,18	1,09
40 a 59 anos	14,16	15,71	12,6	14,9	1,12	1,05
acima de 60 anos	5,71	7,64	7,25	10,71	0,78	0,71

Na tabela 6 pode-se observar que o peso da pós-estratificação para os adolescentes do sexo masculino foi igual a 0,88 e para o sexo feminino foi de 0,86.

Os dados do inquérito foram digitados em banco de dados desenvolvido com o uso do *software Epi Data*, versão 3.1 e submetidos à avaliação de consistência. As análises estatísticas foram realizadas com o aplicativo Stata 11.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos) que possibilita levar em consideração as características do delineamento amostral e realizar a ponderação dos dados.

3.3 Instrumento e coleta de dados

Os dados foram coletados nos anos de 2008 e 2009, por meio de questionário pré-codificado composto na maior parte por questões fechadas e estruturado em 19 blocos temáticos (anexo 1). Os questionários foram aplicados, por entrevistadores treinados, diretamente ao indivíduo selecionado.

Neste estudo foram utilizados apenas os blocos “C” com informações de morbidade, o “L”, para obtenção do peso e altura referidos, e os blocos “M” e “N” com informações das características socioeconômicas, da família e do domicílio.

3.4 Variáveis do estudo

As variáveis dependentes foram doenças crônicas diagnosticadas e problemas de saúde referidos, e as variáveis independentes foram constituídas por variáveis demográficas, socioeconômicas e pelo índice de massa corpórea (IMC).

Variáveis dependentes:

Doenças crônicas diagnosticadas: foram obtidas a partir de um check list(fig. 3) contendo as doenças crônicas de maior relevância na população em geral.

	Diagnosticado		
	Sim	Não	Não sabe
C07. Hipertensão (pressão alta)			
C08. Diabetes			
C09. Doença do coração			
C10. Tumor/Câncer			
C11. Reumatismo/artrite/artrose			
C12. Osteoporose			
C13. Asma/bronquite/enfisema			
C14. Tendinite/LER/DORT			
C15. Problemas de circulação			

Figura 3. *Check list* de doenças crônicas diagnosticadas.

Problemas de saúde referidos: ainda no bloco “C”, utilizando-se também de um *check list* que contém agrupamentos de sintomas ou de problemas de saúde (fig.4) que são referidos pelos entrevistados e não necessitam de um diagnóstico médico prévio.

	Problema	
	Sim	Não
C17. Dor de cabeça frequente/enxaqueca		
C18. Dor nas costas/problema na coluna		
C19. Alergia		
C20. Problema emocional (ansiedade/tristeza)		
C21. Tontura/vertigem		
C22. Insônia		
C27. Outros		

Figura 4. *Check list* de problemas de saúde referidos.

Variáveis independentes:

- a. Sexo: masculino ou feminino
- b. Faixa etária: dividida de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos
- c. Cor da pele/raça: Agrupadas em branca, preta/parda e amarela/indígena
- d. Religião: dividida em sem religião, católica, evangélica e outras
- e. Escolaridade do chefe da família foi dividida em quatro categorias:
 - até 4 anos de estudo engloba analfabeto e estudou até a 4ª série do ensino fundamental;
 - de 5 a 8 anos de estudo corresponde ter estudado entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental;
 - de 9 a 12 anos de estudo corresponde ao ensino médio e curso técnico;
 - acima de 13 anos de estudo engloba ao ensino superior e pós-graduação.

- f. Renda familiar per capita categorizada em: menor ou igual a 0,5 salários mínimo, acima de 0,5 salário mínimo até um salário mínimo e acima de um salário mínimo.
- g. Frequenta escola: sim ou não
- h. Tipo de rede escolar: rede pública ou rede privada de ensino
- i. Ocupação: trabalha ou não trabalha
- j. Estado conjugal: com cônjuge ou sem cônjuge
- k. Filhos: tem filhos ou não tem filhos
- l. Gestante: sim ou não
- m. Índice de Massa Corporal (IMC): calculado com informações referidas de peso e altura.

3.5 Entrevistas

Para a realização das entrevistas os entrevistadores, todos de nível universitário, foram treinados em três etapas:

- apresentação do projeto e discussão, leitura e aplicação de partes do questionário em pequenos grupos;
- aplicação dos questionários, pelos entrevistadores, em dois familiares ou vizinhos e correção posterior;
- aplicação de dois questionários completos, pelos entrevistadores, em domicílios selecionados (não pertencentes à amostra) e correção posterior.

As entrevistas tiveram início em 2008 e foram finalizadas em 2009. Foram realizadas com o adolescente sorteado e não com a família, exceto se o adolescente estivesse muito doente e incapacitado de dar a entrevista.

3.6 Análise dos dados

A associação entre as diversas variáveis foi verificada pelo teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%. Foram calculadas razões de prevalência (RP) bruta e razão de prevalência ajustada para faixa etária e sexo por meio de regressão de Poisson, uma vez que as razões de prevalência são medidas consideradas mais conservadoras e mais facilmente interpretáveis^(66, 67).

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O comitê de Ética em pesquisa da FCM-UNICAMP aprovou o projeto com o parecer nº 079/2007 (anexo 2).

O termo de consentimento foi lido pelo entrevistador aos entrevistados que confirmaram sua aceitação em participar do estudo. No caso dos adolescentes de 10 a 18 anos, foi solicitada a autorização do responsável.

4. RESULTADOS



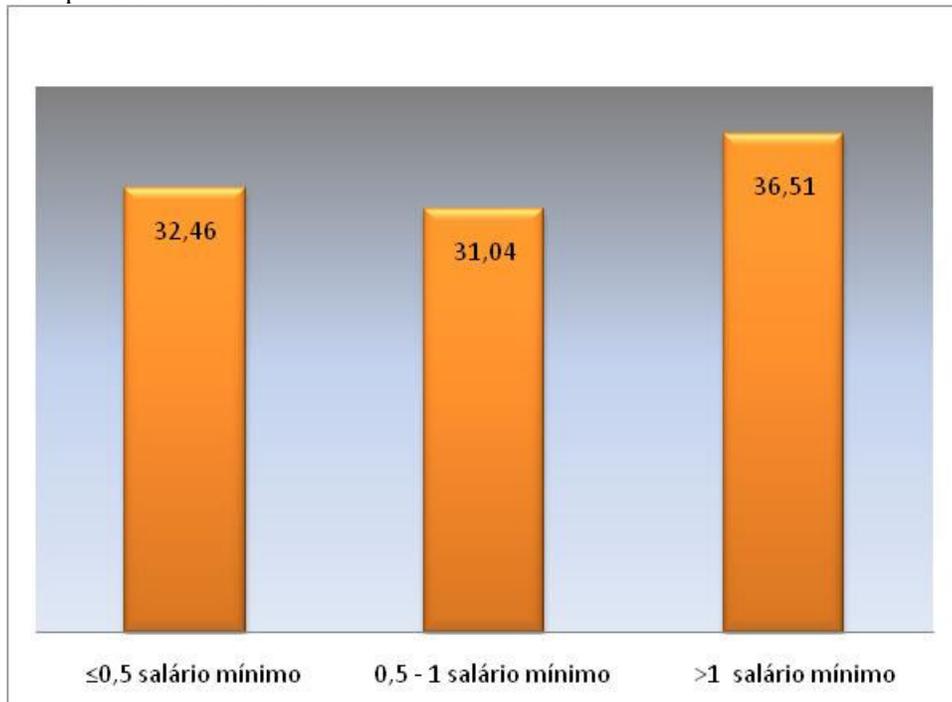
Das mil entrevistas previstas com adolescentes, chegaram-se, após perdas por recusa a responder os questionário ou ausência no domicílio sorteado, a 929 adolescentes entrevistados. A distribuição destes segundo o sexo foi praticamente igual, verificou-se um percentual mais elevado de adolescentes mais jovens com faixa etária de 10 a 14 anos e de cor branca (tabela7).

Tabela 7. Características demográficas dos adolescentes do Município de Campinas – SP, Brasil 2008/2009.

Variáveis e categorias	n	(%)	(IC 95%)
Masculino	467	50,75	47,45 - 54,05
Feminino	462	49,25	45,55 - 52,55
Faixa etária			
10 - 14 anos	511	54,98	51,22 - 58,68
15 -19 anos	418	45,02	41,32 - 48,78
Raça/cor da pele			
Branca	598	65,28	57,29 - 72,48
Preta/parda	316	33,37	26,04 - 41,60
Amarela/indígena	12	1,35	0,62 - 2,93

As características socioeconômicas (tabela11) foram avaliadas pela renda *per capita* e escolaridade do chefe da família. A distribuição de renda *per capita* pode ser observada no gráfico 1: 63,5% dos adolescentes de Campinas tinham uma renda *per capita* menor que 1 salário mínimo e 36,5% tinham renda superior a este valor.

Gráfico 1. Distribuição de renda *per capita* em adolescentes do município de Campinas em 2008/09.



Na avaliação da escolaridade do chefe de família, observou-se que 25,79% era analfabeto ou tinha apenas 4 anos de estudo, que 29,11% estudou de 5 a 8 anos, 21,16% chegou ao ensino médio com 9 a 12 anos de estudo, e 23,95 % referiam 13 anos ou mais de estudo, englobando ensino superior incompleto até pós-graduação (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição da escolaridade do chefe de família de adolescentes do município de Campinas 2008/09.



Ainda na avaliação socioeconômica dos adolescentes de Campinas, verificou-se que a maioria frequentava escola (84,60%), destes, 77,78% estavam matriculados na rede pública de ensino. Do total de adolescentes entrevistados, 19,75% já estavam inseridos no mercado de trabalho (fig. 5).

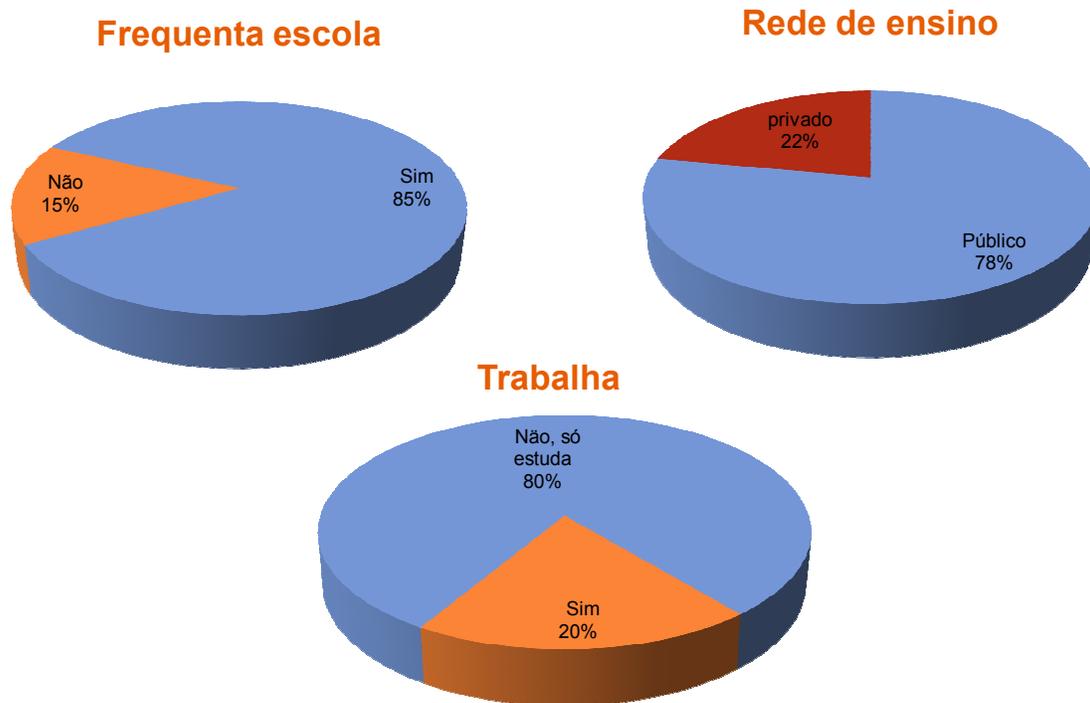


Figura 5. Distribuição dos adolescentes do município de Campinas segundo ocupação e tipo de rede escolar em 2008/09.

Em relação ao adolescente já constituir uma família própria, verificou-se que 2,7% tinham cônjuge ou companheiro(a), 3,25% tinham filhos e 3,42% das adolescentes estavam grávidas no momento da entrevista (fig. 6)

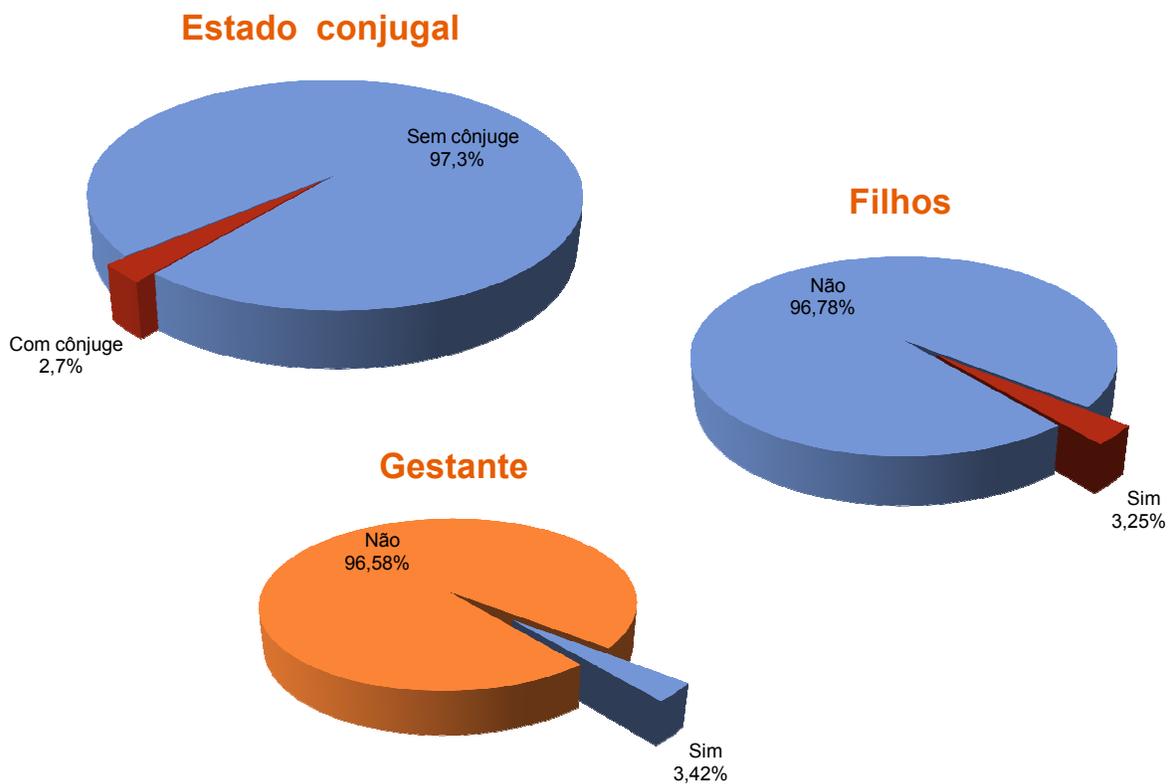


Figura 6. Distribuição de adolescentes do município de Campinas segundo estado conjugal, filhos e gravidez, em 2008/09.

Entre os adolescentes entrevistados 82,40% declararam ter uma religião. A religião católica foi a mais citada, 49,90%, seguida da evangélica, 29,06%, e 3,44% referiam ter outra religião entre as quais espiritismo e budismo. Dos que referiam ter uma religião, 62,80% deles frequentavam igreja ou culto religioso (fig. 7).

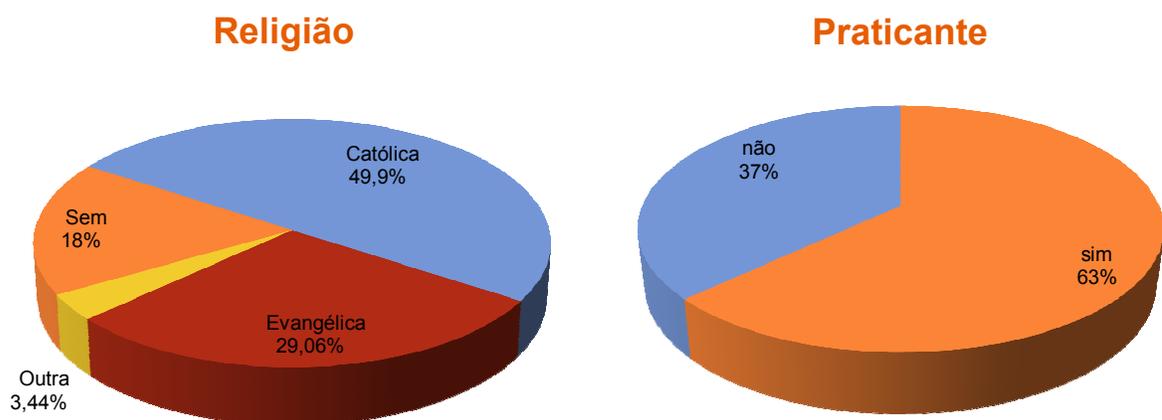
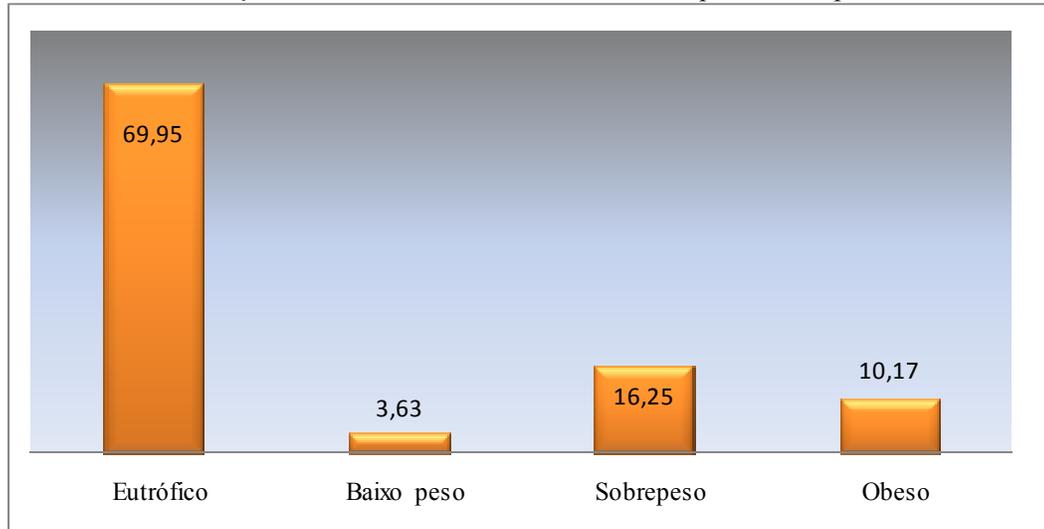


Figura 7. Distribuição de adolescentes do município de Campinas segundo religião e frequência a culto religioso, em 2008/09.

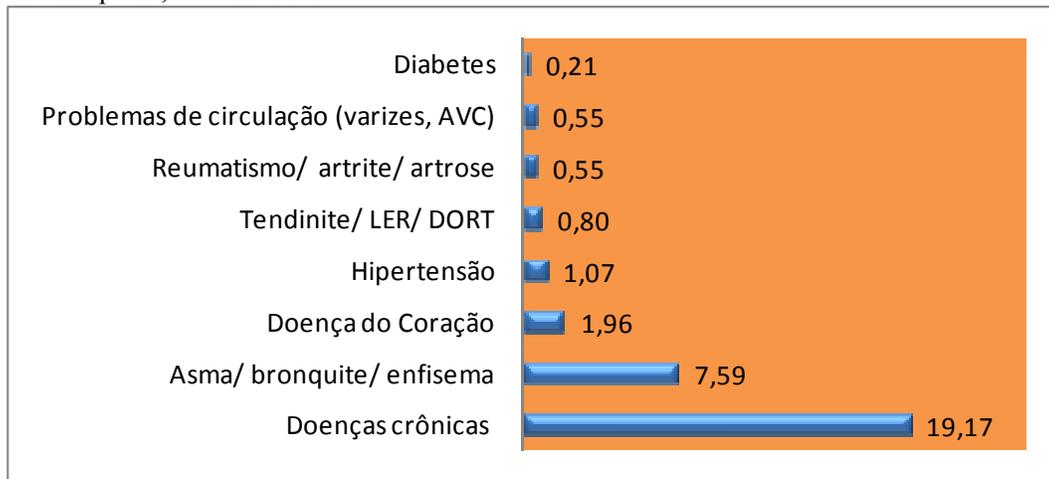
O gráfico 3 representa a distribuição dos adolescentes de acordo com o índice de massa corporal (IMC) que foi calculada a partir do peso e altura referidos pelo próprio adolescente e a seguir classificada de acordo com os percentis para cada idade. Pôde-se verificar que a maioria dos adolescentes de Campinas eram eutróficos, que 3,63% classificavam-se como baixo peso, e 26,42% apresentavam excesso de peso.

Gráfico 3. Distribuição do IMC em adolescentes do município de Campinas, em 2008/09.



Nos gráficos 4 e 5 pode-se observar, respectivamente, as prevalências das doenças crônicas diagnosticadas e dos problemas de saúde referidos presentes no *check list*. Dentre as doenças crônicas, a asma foi a de maior prevalência (7,59%), seguida das doenças cardíacas (1,96%), sendo que 12 adolescentes referiam diagnóstico de sopro cardíaco, três de arritmia cardíaca e dois de prolapso de válvula mitral. Hipertensão apresentou prevalência de 1,07% e as demais doenças crônico-degenerativas: diabetes, problemas circulatórios e reumatismo apresentaram prevalência menor que 1%.

Gráfico 4. Prevalência de doenças crônicas diagnosticadas em adolescentes do município de Campinas, em 2008/09.



Na lista de problemas de saúde referidos, os que tiveram maior prevalência foram: alergia (40,5%), dor de cabeça frequente/enxaqueca (24,3%), dor nas costas/problema na coluna (11,6%) e problemas emocionais, como ansiedade e tristeza (10,4%).

Gráfico 5. Prevalência de problemas de saúde referidos em adolescentes do município de Campinas, em 2008/09.



Dezessete por cento dos adolescentes entrevistados apresentaram um tipo de doença crônica e 1,63% tinham duas ou mais doenças associadas. Em relação aos problemas de saúde somente 38,47% dos adolescentes negaram ter algum problema, 33,7% afirmaram ter um

único problema, 17,31% tinham dois problemas associados, 7,23% e 3,25% referiram ter, respectivamente, três e quatro ou mais problemas de saúde presentes no *check list* (**tabela 8**).

Tabela 8. Prevalência do número de doenças crônicas diagnosticadas e de problemas de saúde referidos em adolescentes do município de Campinas – SP, Brasil, 2008/09.

Variáveis	n	Prevalência %	IC 95 %
Número de doenças crônicas			
Não têm doenças	748	80,83	76,78 - 84,33
Têm pelo menos uma doença	177	19,17	15,67 - 23,22
Têm uma doença	162	17,54	14,34 - 21,28
Têm duas ou mais doenças	15	1,63	0,92 - 2,84
Número de problemas de saúde			
Não têm problemas	359	38,47	31,98 - 45,39
Têm pelo menos um problemas de saúde	570	61,53	54,61 - 68,02
Têm um problema de saúde	313	33,75	29,55 - 38,21
Têm dois problemas de saúde	160	17,31	14,46 - 20,58
Têm três problemas de saúde	67	7,23	5,27 - 9,83
Têm quatro ou mais problemas de saúde	30	3,25	1,88 - 5,56

IC95% -Intervalo de confiança de 95%

Na análise bruta pela regressão de Poisson, observou-se diferença estatisticamente significativa nas associações entre os adolescentes com doenças crônicas e faixa etária (RP=1,38; p=0,013), frequenta escola (RP=1,62; p=0,002), trabalha (RP=1,45; p=0,004) e tem filhos (RP=2,09; p=0,009) , após análise ajustada para a faixa etária e sexo, observou-se associação entre os adolescentes com doenças crônicas do sexo feminino(RP=1,38; p=0,013),que não frequentam escola (RP=1,46; p=0,046), que tem filhos (RP=1,84; p=0,03) e os obesos (RP=1,54; p=0,046)) (**tabela 9**). Após a análise múltipla, somente o sexo feminino (RP ajustada=1,12; p=0,027) apresentou associação a problemas de saúde referidos (**tabela 10**).

Tabela 9. Prevalência de doenças crônicas diagnosticadas segundo variáveis demográficas e sócioeconômicas em adolescentes do município de Campinas – SP, Brasil, 2008/09.

Variáveis e categorias	Prevalência (IC 95%)	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada (IC 95%)
Sexo	p=0,730*		
Masculino	19,63 (15,28 - 24,85)	1	1
Feminino	18,69 (14,59 - 23,62)	0,95 (0,71 - 1,26)	0,94 (0,71 - 1,25)
Faixa etária	p=0,012*	p=0,013†	p=0,013†
10 - 14 anos	16,35 (12,78 - 20,69)	1	1
15 - 19 anos	22,59 (17,97 - 28,00)	1,38 (1,07 - 1,77)	1,38 (1,07 - 1,77)
Raça/cor da pele	p=0,382*		
Branca	18,08 (14,40 - 22,45)	1	1
Preta/parda	20,58 (15,42 - 26,92)	1,13 (0,84 - 1,52)	1,15 (0,85 - 1,54)
Renda familiar per capita	p=0,407*		
≤0,5 salário mínimo	20,16 (14,92 - 26,67)	1	1
>0,5 - 1 salário mínimo	21,02 (15,35 - 28,10)	1,04 (0,72 - 1,49)	1,03 (0,73 - 1,47)
>1 salário mínimo	16,70 (12,77 - 21,54)	0,82 (0,57 - 1,18)	0,80 (0,55 - 1,14)
Escolaridade do chefe de família	P = 0.180		
≤ 4 anos de estudo	23,96 (17,62 - 31,70)	1	1
5 - 8 anos de estudo	17,08 (12,38 - 23,10)	0,71 (0,50 - 1,01)	0,73 (0,52 - 1,02)
9 - 12 anos de estudo	16,74 (11,62 - 23,52)	0,69 (0,45 - 1,01)	0,71 (0,46 - 1,10)
≥13 anos de estudo	18,26 (13,66 - 23,99)	0,76 (0,50 - 1,14)	0,76 (0,50 - 1,15)
Frequente Escola	p=0,002*		p=0,046†
Sim	17,50 (14,10 - 21,53)	1	1
Não	28,37 (21,17 - 36,87)	1,62 (1,21 - 2,16)	1,46 (1,01 - 2,13)
Trabalha	p= 0,004*	p= 0,004†	
Não	17,30 (13,93 - 21,28)	1	1
Sim	25,09 (19,44 - 31,75)	1,45 (1,13 - 1,85)	1,28 (0,90 - 1,81)
Estado conjugal	p=0,280*		
Sem cônjuge	18,97 (15,47 - 23,03)	1	1
Com cônjuge	26,92 (13,82 - 45,04)	1,41 (0,76 - 2,63)	1,23 (0,66 - 2,27)
Filhos	p=0,014*	p=0,009†	p=0,03†
Não	18,5 (14,95 - 22,67)	1	1
Sim	38,75 (22,87 - 57,45)	2,09 (1,21 - 3,61)	1,84 (1,06 - 3,18)
Gestante	p=0,998*		
Não	18,76 (14,84 - 23,43)	1	1
Sim	18,74 (6,27 - 44,28)	0,99 (0,39 - 2,5)	0,90 (0,35 - 2,30)
IMC	p=0,140*		p= 0,046†
Eutrófico	19,33 (15,13 - 24,36)	1	1
Baixo peso	20,51 (8,72 - 41,07)	1,06 (0,49 - 2,28)	1,10 (0,50 - 2,41)
Sobrepeso	13,14 (8,16 - 20,48)	0,67 (0,41 - 1,11)	0,73 (0,44 - 1,21)
Obeso	26,87 (16,40 - 40,77)	1,39 (0,89 - 2,16)	1,54 (1,01 - 2,37)

IC95% = intervalo de confiança de 95%; * Valor de p do teste χ^2 ; †Valor de p da regressão de Poisson, RP = razão de prevalência; RP ajustada para faixa etária e sexo

Tabela 10. Prevalência de problemas de saúde referidos segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em adolescentes do município de Campinas - SP, Brasil, 2008/09.

Variáveis e categorias	Prevalência (IC 95%)	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada (IC 95%)
Sexo	p=0,029*	p=0,027†	p=0,027†
Masculino	57,49 (50,34 - 64,35)	1	1
Feminino	64,60 (56,57 - 71,89)	1,12 (1,01 - 1,24)	1,12 (1,01 - 1,24)
Faixa etária	p=0,494*		
10 - 14 anos	59,77 (50,90 - 68,06)	1	1
15 - 19 anos	62,48 (55,83 - 68,70)	1,04 (0,91 - 1,19)	1,04 (0,91 - 1,19)
Raça/cor da pele	p=0,427*		
Branca	62,09 (55,81 - 67,98)	1	1
Preta/parda	58,29 (47,02 - 68,76)	0,93 (0,79 - 1,10)	0,94 (0,79 - 1,10)
Renda familiar per capita	p=0,232*		
≤0,5 salário mínimo	55,39 (47,84 - 62,70)	1	1
>0,5 - 1 salário mínimo	62,72 (50,36 - 73,62)	1,13 (0,93 - 1,36)	1,12 (0,93 - 1,35)
>1 salário mínimo	64,51 (55,50 - 72,59)	1,16 (0,98 - 1,38)	1,16 (0,98 - 1,37)
Escolaridade do chefe de família	p=0,337		
≤ 4 anos de estudo	66,84 (60,08 - 72,97)	1	1
5 - 8 anos de estudo	59,88 (47,68 - 70,97)	0,89 (0,73 - 1,09)	0,88 (0,72 - 1,07)
9 - 12 anos de estudo	56,64 (47,00 - 65,80)	0,84 (0,71 - 1,01)	0,84 (0,71 - 1,00)
≥13 anos de estudo	64,49 (51,92 - 70,24)	0,91 (0,78 - 1,07)	0,92 (0,78 - 1,07)
Frequente Escola	p=0,160*		
Sim	60,02 (52,64 - 66,97)	1	1
Não	66,10 (57,46 - 73,78)	1,10 (0,96 - 1,25)	1,10 (0,96 - 1,25)
Trabalha	p=0,303*		
Não	59,77 (51,81 - 67,26)	1	1
Sim	65,23 (56,25 - 73,24)	1,09 (0,92 - 1,20)	1,09 (0,92 - 1,28)
Estado conjugal	p=0,086*	p=0,026†	p=0,053†
Sem cônjuge	60,51 (53,54 - 67,09)	1	1
Com cônjuge	80,68 (56,77 - 93,00)	1,33 (1,03 - 1,71)	1,28 (0,99 - 1,65)
Filhos	p=0,638*		
Não	60,87 (53,82 - 67,48)	1	1
Sim	64,80 (48,34 - 78,36)	1,06 (0,82 - 1,37)	1,01 (0,78 - 1,31)
Gestante	P=0,878*		
Não	64,11 (55,93 - 71,55)	1	1
Sim	62,50 (40,19 - 80,53)	0,97 (0,69 - 1,36)	0,97 (0,69 - 1,36)
IMC	p=0,332*		
Eutrófico	64,59 (57,78 - 70,85)	1	1
Baixo peso	67,05 (41,11 - 85,57)	1,03 (0,72 - 1,48)	1,05 (0,73 - 1,53)
Sobrepeso	55,27 (43,64 - 66,35)	0,85 (0,70 - 1,03)	0,86 (0,71 - 1,03)
Obeso	59,64 (49,56 - 68,96)	0,92 (0,76 - 1,11)	0,94 (0,77 - 1,14)

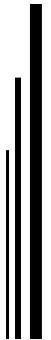
IC95% = intervalo de confiança de 95% ; * Valor de p do teste χ^2 ; †Valor de p da regressão de Poisson, RP = razão de prevalência, RP ajustada para faixa etária e sexo

Tabela 11. Características sociodemográficas e IMC de adolescentes do Município de Campinas – SP, Brasil, 2008/09.

Variáveis e categorias	n	Prevalência (%)	(IC 95%)
Religião			
Sem	164	17,6	11,96 - 25,14
Católica	458	49,9	42,92 - 56,89
Evangélica	274	29,06	24,35 - 34,26
Outra	30	3,44	1,93 - 6,03
Renda familiar <i>per capita</i>			
≤0,5 salário mínimo	304	32,46	26,06 - 39,57
>0,5 - 1 salário mínimo	293	31,04	25,60 - 37,05
>1 salário mínimo	332	36,51	1,93 - 6,03
Escolaridade do chefe de família			
≤4 anos de estudo	239	25,79	19,24 - 33,63
5 - 8 anos de estudo	272	29,11	23,88 - 34,97
9 - 12 anos de estudo	195	21,16	16,46 - 26,77
≥13 anos de estudo	208	23,95	16,46 - 33,48
Frequenta Escola			
Sim	783	84,6	80,82 - 87,76
Não	145	15,4	12,24 - 19,18
Trabalha			
Não	735	80,25	76,30 - 83,68
Sim	183	19,75	16,32 - 23,70
Estado conjugal			
Sem cônjuge	902	97,3	95,56 - 98,37
Com cônjuge	26	2,7	1,63 - 4,44
Filhos			
Não	898	96,75	94,91 - 97,86
Sim	31	3,25	2,06 - 5,09
Gestante			
Não	439	96,58	94,58 - 97,86
Sim	16	3,42	2,14 - 5,41
IMC			
Eutrófico	575	69,95	67,09 - 72,67
Baixo peso	30	3,63	2,39 - 5,47
Sobrepeso	133	16,25	13,77 - 19,07
Obeso	84	10,17	8,22 - 12,50

IC 95% - Intervalo de confiança de 95%

5. DISCUSSÃO



A dificuldade de avaliar e comparar as prevalências de doenças crônicas em adolescentes é consequência da diversidade dos métodos usados nas pesquisas e da forma como se define doença crônica nesta faixa etária. Neste estudo verificou-se que entre os adolescentes de Campinas a prevalência de doenças crônicas diagnosticadas foi de 19,17% e de problemas de saúde referidos foi de 61,53%. Suris et al⁽⁴⁶⁾ referem que 10% dos adolescentes na França, na Suíça e no Canadá têm doença crônica e, se asma e deficiência visual forem incluídas, esta prevalência sobe para 15%⁽⁴⁶⁾. Currie et al⁽⁶⁸⁾, em inquérito escolar com adolescentes europeus verificou que 45,19% dos estudantes apresentavam algum problema de saúde referido. Dentre as doenças crônicas a asma (7,59%) foi a doença diagnosticada de maior prevalência, neste estudo, enquanto que hipertensão (1,07%) e diabetes (0,21%) apresentaram baixa prevalência entre os adolescentes de Campinas. Alergia (40,39%) e dores de cabeça frequente/enxaqueca (24,83%) apareceram como os problemas de saúde referidos mais frequentes. Em dois inquéritos com estudantes portugueses, Mattos e colaboradores^(45, 69) observaram prevalência de 6,6 % de asma, 0,5% de diabetes, 13,5% de alergia e 9,4% de dor de cabeça. No inquérito de saúde de escolares americanos YRBSS de 2009, observou-se que 22% (IC 95%: 20,8 -23,1) dos estudantes já haviam apresentado asma alguma vez na vida, e que apenas 10,8% (IC 95%: 9,9 – 11,7) apresentavam asma no momento da pesquisa⁽⁶⁰⁾. No estudo de Coorte de Pelotas dos nascidos em 1982, Victora et al⁽⁷⁰⁾, em 2000, verificaram que 18,6% dos adolescentes do sexo masculino com 18 anos referiam asma. Gomes e Alves⁽⁷¹⁾ encontraram uma prevalência de 17,3% de hipertensão nos adolescentes de Recife. Souza e colaboradores⁽³⁵⁾ concluíram que 70,8% dos adolescentes de Ceilândia, no Distrito Federal, referiam algum tipo de agravo, alergia foi o agravo com maior prevalência (27,3%); seguido por irritabilidade fácil (22,9%); tristeza intensa (20,6%);

dificuldade de concentração (15,8%), problemas articulares (8,7%); asma (7,9%) e distúrbio do sono (5,1%).

Dentre os possíveis limites deste estudo, deve-se considerar que a morbidade auto-referida pode subestimar a prevalência das doenças crônicas ou problemas de saúde devido a um viés de ausência de diagnóstico e/ou de memória, visando minimizar o esquecimento foi utilizado o *check list* contendo as doenças crônicas e os problemas de saúde e o preenchimento dos questionários foram realizados por entrevistadores treinados, com isto procurou-se garantir que as informações fossem mais precisas do que as obtidas por meio de questionário auto-administrado⁽⁷²⁾. Além disso, estudos de validação da informação referida sobre doença crônica, confrontaram as informações com dados de registros de prontuários médicos, e revelaram que o grau de acérea é distinto conforme a doença pesquisada, a presença de comorbidade e as características sociais e demográficas do respondente⁽⁷³⁻⁷⁵⁾. Os inquéritos de grande porte, de base populacional, utilizam usualmente informação referida para as análises⁽⁴¹⁾ e têm mostrado a validade desta informação para estudos de prevalência e, em especial, de análises de associações.

Em contrapartida a alta prevalência encontrada para doença crônica e, sobretudo para problemas de saúde, quando comparadas aos outros estudos, pode significar que alguns dos sintomas citados no *check list* estimularam uma supervalorização por parte dos adolescentes entrevistados criando-se assim, um viés de resposta. A ausência de doenças relacionadas aos distúrbios alimentares como obesidade, anorexia e bulimia no *check list* foi substituída, com respaldo na literatura, pelo cálculo do IMC a partir dos dados de peso e altura referidos pelos próprios adolescentes. Alguns estudos sugerem que exista tendência das pessoas relatarem menor peso e maior altura⁽⁷⁶⁾ levando a fatores subestimados da prevalência de sobre peso e

obesidade. Fonseca et al⁽⁷⁷⁾ verificaram boa concordância e validade nas informações referidas de peso e altura e Willet⁽⁷⁸⁾ também considerou que as informações de peso e altura referidas pelos entrevistados tinham boa acurácia para estudos epidemiológicos. Assim utilizou-se o IMC como variável independente nas associações entre doença crônica e problemas de saúde. Como se esperava, uma vez que a obesidade é fator de risco para diversas doenças como hipertensão arterial, dislipidemias, doenças coronarianas e ósteo-articulares, diabetes mellitus e a alguns tipos de câncer⁽⁷⁹⁾, verificou-se associação estatística significativa com doenças crônicas diagnosticadas. A prevalência de obesidade foi 10,17% e a de sobrepeso foi 16,25%, ambas foram superiores as encontradas no ISACampinas-2001/2002, que eram respectivamente 3,5% e 11,2%⁽⁸⁰⁾, e de outros estudos realizados em outras regiões brasileiras^(81, 82), como a PeNSE, que apresentou média nacional de obesidade igual a 7,2%, dados que confirmam que a obesidade vem aumentando no Brasil entre as crianças e adolescentes. A média nacional de sobrepeso da PeNSE⁽⁸²⁾ (16%) foi semelhante à apresentada pelos adolescentes de Campinas. Em Portugal a prevalência é bastante inferior à do presente estudo e apresentou aumento discreto entre os anos de 2006 e 2010 passando de 2,8% para 3,4%, já a prevalência de sobrepeso manteve-se inalterada e foi semelhante a 15%^(45, 69). Nos Estados Unidos, em 2009, observaram-se, entre escolares do ensino médio, prevalências de obesidade igual a 12% (IC 95%: 10,9 -13,1) e de sobrepeso igual a 15,8% (IC95%: 14,7 – 17,0)⁽⁶⁰⁾, considerando os intervalos de confiança pode-se afirmar que são iguais ao do presente estudo.

As prevalências de anorexia e bulimia não puderam ser determinadas, pois o IMC baixo isoladamente não é suficiente para o diagnóstico, este deve estar associado à distorção de auto-imagem e a comportamentos típicos que caracterizam estes tipos de distúrbios

alimentares⁽⁸³⁾ e que não foram investigados no inquérito. Portanto, pode-se apenas afirmar que 3,63% dos adolescentes são magros. Este valor é superior ao encontrado na média nacional da PeNSE⁽⁵⁸⁾, que foi de 2,9%, índice consideravelmente inferior ao achado em Portugal, que foi de 14,8%⁽⁴⁵⁾. Os distúrbios alimentares aparecem como a terceira causa de doenças crônicas entre os adolescentes do Reino Unido com a prevalência de 0,5% para anorexia e de 1% para bulimia⁽⁴⁷⁾.

Neste estudo, observou-se que os adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos apresentam 1,38 vezes mais doença crônica diagnosticada do que aqueles da faixa etária de 10 a 14 anos, esta tendência também foi observada nos inquéritos realizados pelo sistema de vigilância de fatores de risco à saúde dirigida a adolescentes: *HBSC* em vários países da Europa^(45, 68). Nos estudos realizados com adultos, as doenças crônicas também aumentam com a idade, no entanto a prevalência do tipo de doença crônica difere, pois nos adultos a prevalência de hipertensão (21%), artrite/reumatismo/artrose (7,85%) e diabetes (4,5%) são mais elevadas^(84, 85).

Os problemas de saúde referidos não apresentaram associação com a faixa etária, mas tiveram associação estatística com sexo, as adolescentes de Campinas referiram 12% mais problema de saúde do que os adolescentes do sexo masculino, fenômeno que também se reproduz na população adulta⁽⁸⁵⁾ e nos adolescentes de outras pesquisas^(45, 68, 86). Este achado pode ser justificado pelo fato de o sexo feminino estar associado a uma pior avaliação do seu estado de saúde e ao estresse psicológico e porque os rapazes são menos propensos a revelarem os seus problemas, portanto teriam menos queixas⁽⁸⁶⁾.

A maioria das pesquisas nacionais e internacionais com adolescentes acontece no ambiente escolar⁽⁵⁷⁾, é feita com questionários auto-administrados e é realizada em séries

escolares específicas, selecionando determinada faixa etária. Os inquéritos domiciliares possibilitam a inclusão daqueles adolescentes que não estão na escola, seja por absenteísmo causado por uma doença crônica, seja por evasão para inserção no mercado de trabalho ou por gravidez precoce, mas não permite incluir pacientes com doenças crônicas graves que requerem hospitalizações prolongadas, uma vez que os inquéritos domiciliares não contemplam instituições. Outra vantagem da pesquisa no domicílio é a possibilidade de ter uma amostra com distribuição etária mais ampla englobando indivíduos de 10 a 19 anos.

Neste estudo, verificou-se que 15,4% dos adolescentes de Campinas não estavam mais inseridos na escola, 19,75% já estavam trabalhando, 3,5% das adolescentes estavam grávidas no momento da entrevista e que 3,25% dos adolescentes já tinham filho.

Nos estudos com adolescentes, a idade pode ser um fator de confusão, pois se trata de uma população sujeita a grandes transformações biopsicossociais. De fato ao realizar análises ajustadas para faixa etária e sexo, observou-se que a associação entre doença crônica e trabalhar não era estatisticamente significativa e se confirma que a prevalência de adolescentes com doença crônica que não frequentam escola era 1,46 vezes maior do que aqueles que frequentavam a escola, e dos que tinham filhos era 1,84 vezes maior quando comparado àqueles que não tinham filhos.

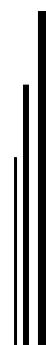
Choquet⁽⁸⁷⁾, num estudo comparativo, encontrou maior risco de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes franceses com doenças crônicas e deficiências físicas. Em recente revisão bibliográfica, Manfré⁽⁸⁸⁾ constatou que as adolescentes grávidas e com filhos são mais sujeitas a sintomas de ansiedade e depressão e uso de tabaco.

As desigualdades sociais diferentemente de outros estudos^(68, 72, 89), não foram evidenciadas neste. Não foi observada associação estatística nas variáveis: renda familiar,

escolaridade do chefe de família e raça/cor da pele nem para doença crônica, nem para problemas de saúde.

O resultado que mais chamou a atenção neste estudo foi que além de elevada (61,53%) a prevalência de adolescentes com problemas de saúde referidos foi três vezes maior do que a prevalência de adolescentes com doença crônica diagnosticada (19,17%). Este achado alerta para que se rejeite a ideia de que a adolescência é uma fase da vida na qual pouco se adocece. A discrepância entre as prevalências pode significar que doenças crônicas em adolescentes não estão sendo diagnosticadas. Além disso, os problemas de saúde referidos como dor de cabeça frequente, dor nas costas, problemas emocionais, insônia e tontura podem ser o resultado de situações estressantes inerentes à adolescência ou ao contexto social no qual o adolescente está inserido, portanto devem ser melhor avaliados.

6. CONCLUSÃO



Os adolescentes do município de Campinas apresentaram prevalência de doenças crônicas diagnosticadas de 19,17% e prevalência de problemas de saúde referidos de 61,53%.

Das características demográficas e socioeconômicas destaca-se que 65,28% dos adolescentes referiram ter cor da pele branca e 33,37% referiram cor preta ou parda; 63,50% dos adolescentes vivem com uma renda *per capita* menor que 1 salário mínimo, que 54,90% dos chefes de família estudaram 8 anos ou menos, 84,60% dos adolescentes frequentavam escolas, destes 77,78% estavam na rede pública de ensino e 20% dos adolescentes trabalhavam.

Observaram-se associações estatísticas entre doença crônica diagnosticada e faixa etária de 15 a 19 anos, não frequentar escola, ter filhos e ser obesos. Somente o sexo feminino apresentou associação a problemas de saúde referidos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Magee B. Aristóteles: o homem que mapeou as ciências e formulou a lógica. In: História da Filosofia São Paulo: Ed Loyola; 2001. p. 32-9.
2. Ariés P. História Social da Criança e da Família. Tradução Dora Flaksman. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981. Título original: L'enfant et la vie familiale sous l'ancien regime.
3. Martins A. Novos paradigmas da saúde. PHYSIS: Rev Saúde coletiva. 1999;9(1):83-112.
4. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade: parte III - As transformações pubertárias. In: Obras psicológicas completas - vol VII. Rio de Janeiro: Ed standard Brasileira 1905. Título original: Drei Abhandlungen ZurSexualtheorie.
5. Alvin P, Marcelli D. L'adolescence, la puberté et la sexualité. In: Alvin P, Marcelli D, editors. Médecine de l'adolescent. Paris: Masson; 2000. p. 3-34.
6. Tanner JM. Blacwell Scientific Publication. 2a. ed. Oxford.; 1962.
7. WHO. Health problem of adolescence. Wld. Hlth Org. techn. Rep. Ser. No. 308; 1965 [updated 1965; cited 11/02/2011]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_308.pdf
8. Foucault M. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. Título original: Naissance de la clinique.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. Asamblea mundial de la Salud, 42 Ginebra 1989, mayo. Ginebra: Documento Básico; 1989.

10. Bennett DL, Williams M. Adolescent Health Care: Can An International Approach Help? *Can Fam Physician*. 1990;36:113-6.
11. Peres F, Rosenburg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e sociedade*. 1998;7(1):53-86.
12. Knobel M. Normalidade, Responsabilidade e Psicopatologia da Violência na Adolescência. In: Levisky DL. *Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção*. . [on-line]; 1997 [updated 1997; cited 27/04/2011]; Available from: <http://davidleolevisky.com>
13. Grossman E, Cardoso MHCA. As Bases Conceituais dos Documentos Oficiais de Atenção à Saúde do Adolescente. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 1997;7(2):1-11.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. p. 48.
15. Sposito MP, Carrano PCR. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. 2003 Set /Out /Nov /Dez;24:16-39
16. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras de Ed Med*. 2006;30(1):60-72.
17. Salles LMF. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*. 2005;22(1):33-41.

18. Andrade PMO. Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. *Avaliação*. 2010;15(2):121-34.
19. Reis J. Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Aná Psicológica*. 1999 set.;17(3):415-33.
20. Ruzany MH. Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
21. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília; 1990 [updated 1990; cited 13 mai 2010]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.
22. Leão LMS. Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia [Dissertação de Mestrado]. Recife: Fundação Osvaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2005.
23. Sardenberg ML, Braz M. Diagnóstico sobre os conhecimentos que os trabalhadores da área da saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Barão Geraldo no Município de Campinas, possuem sobre a Medicina Homeopática [TCC]. São Paulo: Escola Paulista de Homeopatia; 2007.
24. Muñoz Sanchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(2):319-32
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da

- Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b. p. 60.
26. Raupp L, Milnitsky-Sapiro C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. *Saúde e Sociedade*. 2005;14(2):60-8.
 27. Oselka G, Troster EJ. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Ass Med Brasil*. 2000;46(4):289-311.
 28. Bonilha LRCM. Puericultura: olhares e discursos no tempo [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
 29. Ruzany MH. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: *Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas* Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005a.
 31. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1717-25.
 32. Meirelles ZV, Ruzany MH. Promoção de saúde e protagonismo juvenil. In: *Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

33. Silva J, Morelli MAO. Projeto “Trocando uma idéia”: Grupo Educativo e de Convivência do Adolescente. . Campinas: Secretaria de Saúde de Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas; 2006.
34. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciências & Saúde Coletiva. 2003;8(2):611-20.
35. Souza EM, Abrão FPS, Motta IA, Almeida JO. Autopercepção do estado de saúde: um estudo de prevalência com adolescentes de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. Comun Ciênc Saúde. 2006;17(1):9-15.
36. Viner R, Booy R. ABC of adolescence: Epidemiology of health and illness. BMJ. 2005;330:411-4
37. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde (OPAS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização pan-americana de Saúde; 2003.
38. Gabbay M, Cesarini PR, Dib SA. Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. J Pediatr (Rio J). 2003;79(3):201-8.
39. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Obesidade na infância e adolescência. Rio de janeiro; 2008.
40. Camilo DF, Ribeiro JD, Toro ADC, Baracat ECE, Barros Filho AA. Obesidade e asma: associação ou coincidência? [revisão]/ Obesity and asthma: association or coincidence? [revisão]. J Pediatr (Rio J). 2010;86(1):6-14.

41. Lima MG. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: um estudo de base populacional utilizando o SF-36 [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2008.
42. Caraffa RC, Sucupira ACSL. Papel do Pediatra Geral nas Condições Crônicas de Saúde. 5ª ed. In: Sucupira ACS, Kobinger MEBA, Saito MI, Bourroul MLdM, Zuccolotto SMC, editors. *Pediatria em Consultório*. São Paulo: Sarvier; 2010. p. 184-9.
43. Masson VA, Monteiro MI, Vedovato TG. Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças Crônicas – Revisão de literatura. In: Vilarta R, Gutierrez GL, Monteiro MI, editors. *Qualidade de vida: Evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: IPES; 2011. p. 45-54.
44. OMS. Organização Mundial da Saúde. Preventing Chronic Diseases a vital investment. Geneva; 2005. p. 182.
45. Matos MG, Simões C, Tomé G, Gaspar T, Camacho I, Diniz JA. Aventura social & saúde indicadores de saúde dos adolescentes portugueses relatório preliminar HBSC; 2006 [updated 2006; cited 18/10/2008]; Available from: <http://aventurasocial.com/2005/main.php>.
46. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child*. 2004 Oct;89(10):938-42.
47. Viner R, Booy R. ABC of adolescence: Epidemiology of health and illness. *BMJ*; 2005; 330:411-414 [updated 2005; 330:411-414 Feb.; cited 20/10/2010]; Available from: <http://www.bmj.com>.

48. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma Revisão sistemática. Rev Bras Cancerol. 2009;55(4):379-88.
49. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2008.– (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde); 2006.
51. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet online; 2011 [updated 2011; cited 11/05/2011]; Available from: www.thelancet.com
52. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Saúde no Brasil 6 - Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. The Lancet; 2011 [updated 2011 11/05/2011; cited]; Available from: www.thelancet.com.
53. Barros MBA. Introdução. In: César C, Carandina L, Alves M, Barros M, Goldbaum M, editors. Saúde e condição de vida em São Paulo Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA – SP. São Paulo: FSP/USP; 2005. p. 11 - 34.

54. Cesar LGC. Metodologia. In: César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, editors. Saúde e condição de vida em São Paulo Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA – SP. São Paulo: FSP/USP; 2005b. p. 37-46.
55. Site ISA-SP. Cesar CLG, Segri NJ, Sportello R. Site Inquérito de saúde no estado de São Paulo-USP, UNICAMP, UNESP, SES-SP, SMS-SP São Paulo; [cited 4/03/2011]; Available from: http://www.fsp.usp.br/isa-sp/index_arquivos/Page488.htm.
56. Site do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do DMPS-FCM-UNICAMP. Campinas; [cited 04/03/2011]; Available from: <http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/>.
57. Castro IRR, Cardoso LO, Engstrom EM, Levy RB, Monteiro CA. Vigilância de fatores de risco entre adolescentes. Cad Saúde Pública. 2008;24(10):2279-88.
58. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). 2009. Avaliação do Estado Nutricional dos Escolares do 9o Ano do Ensino Fundamental, Municípios das Capitais e Distrito Federal. Rio de Janeiro 2010 [updated 2010; cited 5/03/2011]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>.
59. Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I, Barreto SM, Giatti L, Castro IRR, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(2):3009-19.

60. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2009. Surveillance Summaries, MMWR. 2010; 59(SS-5). United States; 2010 [updated 2010; cited 5/06/2011]; Available from: http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf/system_overview_yrbs.pdf
61. Cesar 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. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2005a.
62. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Base de informações por setores censitários. Rio de Janeiro: Censo Demográfico [CD-ROM]; 2002.
63. Alves MCGP. Plano de amostragem. In: César LGC, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, editors. Saúde e condição de vida em São Paulo Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005. p. 47-62.
64. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley & Sons; 1965.
65. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: Edusp; 2001.
66. 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(1):21.
67. Thompson ML, Myers J E, Kriebel D. Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: what is to be done? Occup Environ Med. 1998 Apr;55(4):272-7.

68. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health HBSC international report from the 2005/2006. *Santé de l'enfant et de l'adolescent*; 2008 [updated 2008; cited 01/02/2010]; Available from: <http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2011/inequalities-in-young-peoples-health.-hbsc-international-report-from-the-20052006-survey>. .
69. Matos MG, Simões C, Tomé G, Gaspar T, Camacho I, Diniz JA. Aventura social & saúde indicadores de saúde dos adolescentes portugueses relatório preliminar HBSC. 2010 [updated 2010; cited 18/04/2011]; Available from: http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf. .
70. Victora CG, Barros F, Lima RC, Behague DP, Gonçalves H, Horta BL. The Pelotas Birth Cohort Study, Rio Grande do Sul, Brazil, 1982-2001. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(5):1241-56.
71. Gomes BMR, Alves JGB. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de ensino médio de escolas públicas da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):375-81
72. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-26.
73. Gross R, Bentur N, Elhayany A, Sherf M, Epstein L. The validity of self-reports on chronic disease: characteristics of underreporters and implications for the planning of services. *Public Health Rev*. 1996;24(2):167-82.

74. Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med.* 2003;25(3):254-7.
75. Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(10):1096-103.
76. Roberts RJ. Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health Rev.* 1995;109(4):275-84.
77. Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validity of self-reported weight and height and the body mass index within the “pró-saúde” study. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):1-7.
78. Willett W. Anthropometric measures and body composition. In: Willett W, editor. *Nutritional epidemiology.* New York: Oxford University Press; 1998. p. 245-47.
79. Magalhães VC, Mendonça GAS. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):129-39.
80. Cocetti M, Barros MBA. Prevalência de obesidade na adolescência. In: *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas.* São Paulo: HUCITEC; 2008. p. 135-42.
81. Pinto ICS, Arruda IKG, Diniz AS, Cavalcanti AMTS. Prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal, segundo parâmetros antropométricos, e associação com maturação sexual em adolescentes escolares. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(9):1727-37.

82. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). 2009. Avaliação do Estado Nutricional dos Escolares do 9o Ano do Ensino Fundamental, Municípios das Capitais e Distrito Federal. Rio de Janeiro 2010 [updated 2010; cited 5/03/2011]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>.
83. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE. Eating disorders. Clinical picture Medicina (Ribeirão Preto). 2006;39(3):340-8
84. Carandina L, César CLG, Castro SS. Morbidade referida. In: Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo -ISASP. São Paulo: USP/FSP; 2005. p. 131-50.
85. Carandina L. Morbidade referida. In: As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. Campinas: HUCITEC; 2008. p. 113-23.
86. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil Cad Saúde Pública. 2006;22(8):1565-74.
87. Choquet M, Fediaevsky LP, Manfredi R. Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. J Adolesc Health. 1997;20(1):62-7.
88. Manfré CC, Queiróz SG, Matthes ACS. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. R. bras. Med. Fam. e Comum. 2010; 5(17): 48-54.; [cited 18/04/2011]; Available from: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/205/155>.

89. Stansfeld S, Haines M, Booy R, Taylor S, Viner R, Head J. Health of young peoples in East London: The Relachs Study 2001. London: Institute of Community Health Sciences; 2003 [updated 2003; cited 18/04/2010]; Available from: <http://www.relachs.org>.

ANEXOS



ANEXO 1



UNICAMP

Inquérito de Saúde do
Município de Campinas

ISACAMP 2008



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 ^a	/					1. arrolamento realizado. Tem domínio
2 ^a	/					2. arrolamento realizado. Não tem domínio
3 ^a	/					3. número inexistente
4 ^a	/					4. domicílio fechado/vago
						5. não conseguiu localizar um morador
						6. morador recusou fazer o arrolamento
						7. outro: _____

A 05. N^o. 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. Nº. 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 → passe 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 → passe 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

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 **passa 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

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 freqüência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1. não freqüenta 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. Freqüenta 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 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

M 12. Atualmente, você freqüenta 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 → **passo para M 16**
 5. não, aposentado ou pensionista
 6. não, dona de casa → **passo para M 22**
 7. não, só estudante
 8. outros
 9. NS/NR
- } → passo para M 16
- } → passo 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

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

ANEXO 2

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 13/04/07.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 079/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0051.0.146.000-07

I-IDENTIFICAÇÃO:

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

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marilisa Berti de Azevedo Barros

INSTITUIÇÃO: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/02/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/03/08 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

a) Analisar as desigualdades sociais (de gênero, cor/raça e classe social) na prevalência de comportamentos não saudáveis (tabagismo, dependência de álcool, sedentarismo e inadequação da dieta), de morbidades (transtorno mental comum, obesidade, hipertensão e diabetes) e de uso de serviços de saúde (incluindo práticas preventivas) em adolescentes e adultos; b) Estudar a associação entre comportamentos, morbidades e uso de serviços de saúde; c) Avaliar a existência de padrões de concomitância de comportamentos não saudáveis em subgrupos da população; d) Avaliar a limitação, potencial e complementaridade de inquéritos de abrangência local/municipal, na conformação do componente de inquéritos domiciliares do sistema nacional de informação em saúde.

III - SUMÁRIO

Propõe-se a realização de um inquérito domiciliar, de base populacional, incluindo adultos e adolescentes residentes no município de Campinas. A pesquisa, de corte transversal, poderá propiciar o desenvolvimento de futuros estudos longitudinais. A amostra será estratificada, em conglomerados, e tomada em dois estágios. Pelo menos 400 entrevistas serão realizadas para cada um dos domínios de idade e sexo: 10 a 19 anos; 20 a 59 - homens; 20 a 50 - mulheres; 60 e mais - homens e 60 e mais - mulheres. O conteúdo do questionário incluirá os tópicos: características demográficas e socioeconômicas do entrevistado, características da família e do domicílio, *check-list* de condições crônicas (com detalhamento especial para hipertensão, diabetes e transtorno mental comum), comportamentos relacionados à saúde (uso abusivo/dependência de álcool, tabagismo, recordatório alimentar de 24 horas e atividade física/sedentarismo) e utilização de serviços de saúde, incluindo práticas preventivas (câncer de mama, de colo de útero e de próstata e vacinação de idosos). As entrevistas serão realizadas diretamente com a pessoa sorteada, por entrevistadores treinados. A análise abrangerá a estimativa de prevalências, de razões de prevalências brutas e ajustadas por meio de regressão de Poisson. As análises incorporarão as ponderações necessárias decorrentes do desenho da

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

amostra. Será utilizado o *software Stata 8* para as análises. O projeto incluirá a realização de oficinas de trabalho para a seleção dos instrumentos, planejamento da análise e avaliação dos produtos finais obtidos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de uma pesquisa abrangente e relevante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está de acordo com a Resolução 196/96.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

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.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de março de 2007.


Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br