

TÁSSIA FRAGA BASTOS

**PERFIL DE SAÚDE DE HOMENS ADULTOS DO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP: DESIGUALDADES
SEGUNDO ESCOLARIDADE**

*CAMPINAS
2012*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**PERFIL DE SAÚDE DE HOMENS ADULTOS DO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP: DESIGUALDADES
SEGUNDO ESCOLARIDADE**

Tássia Fraga Bastos

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Cecília Goi Porto Alves

CAMPINAS
2012

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

B297p Bastos, Tássia Fraga, 1983 -
Perfil de saúde de homens adultos do município de
Campinas/SP : desigualdades segundo escolaridade /
Tássia Fraga Bastos. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Maria Cecília Goi Porto Alves.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde do homem. 2. Desigualdade social. 3.
Inquéritos epidemiológicos. I. Alves, Maria Cecília Goi
Porto. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Health's profile of adults men from Campinas/SP: inequalities according to education.

Palavra-chave em inglês:

Men's health
Social Inequity
Health surveys

Área de Concentração: Epidemiologia

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Maria Cecília Goi Porto Alves [Orientador]
Sônia Ioyama Venâncio
Wagner dos Santos Figueiredo

Data da defesa: 28-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

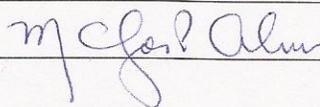
Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

TÁSSIA FRAGA BASTOS

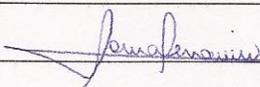
Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Maria Cecília Goi Porto Alves

Membros:

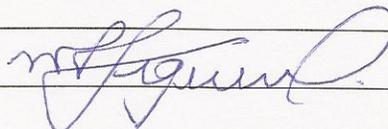
Professor(a) Doutor(a) Maria Cecília Goi Porto Alves



Professor(a) Doutor(a) Sônia Ioyama Venâncio



Professor(a) Doutor(a) Wagner dos Santos Figueiredo



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28 DE FEVEREIRO de 2012

A Alfeu, aos meus pais e aos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Cecília, minha orientadora, por me orientar desde o início na construção das ideias da minha pesquisa e por ter sido sempre solícita e atenciosa ao longo da elaboração da dissertação.

À professora Marilisa por ter aceito a minha inserção no grupo de pesquisa do Centro Colaborador de Análise da Situação de Saúde (CCAS), por ter me ensinado Epidemiologia e tantos outros temas relacionados a esta área de uma forma tão dedicada e interessante, contribuindo para a minha formação como futura epidemiologista, pela oportunidade de cursar o Mestrado em Saúde Coletiva e ter me orientado em todos os momentos em que precisei.

Aos professores Sônia Isoyama Venâncio e Wagner dos Santos Figueiredo, que fizeram parte da banca examinadora da defesa da dissertação e aos professores Nelson Filice de Barros e Chester Luiz Galvão César, que compuseram a banca examinadora da qualificação, pela leitura atenta e pelas recomendações que contribuíram para o aprimoramento do trabalho.

Ao meu companheiro e maior incentivador da minha inserção na área acadêmica, Alfeu. Obrigada pela dedicação, pelos momentos de felicidade, por estar ao meu lado e me apoiar em todos os momentos em que precisei, por me acalmar quando estava nos picos de ansiedade com o mestrado... obrigada por fazer parte desta conquista!

Aos meus pais, Mércia e Gilson, por terem investido na minha educação, sempre me ensinando a ter humildade, simplicidade e acreditando no meu potencial. Fugi um pouco do

exercício da minha profissão de cirurgiã-dentista, mas estou traçando um caminho que, da mesma forma, vocês terão muito com o que se orgulhar!

Aos meus irmãos, Marco, Maurício e Thayane e às minhas cunhadas, Micheli e Taís, que sempre acreditaram que eu pudesse ir longe e sempre estiveram por perto.

À minha sobrinha Marcelle, que foi um presente na vida da minha família e tem muitas lições a nos ensinar.

Aos meus avós, Ester e Dermeval, e aos familiares que torcem pelo meu sucesso sempre.

Aos meus sogros, Vilma e Alfeu, pelas orações e incentivo, desde o começo da minha jornada.

Às minhas colegas e amigas do CCAS: Caroline, Daniela, Flávia, Iara, Karen, Margareth, professora Priscila pela união, apoio, auxílio e palavras de conforto desde o momento em que fui incluída no grupo.

Ao casal de amigos Fábio e Mayara e às amigas que fiz e durante o percurso no mestrado: Ana Cláudia, Bruna, Elizabeth, Marina, Nanci, Rosemeire e, em especial à minha amiga Ivana, por todo o apoio, encontros, bate-papos e momentos compartilhados durante o curso.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria, se aprende é com a vida e com os humildes.”

Cora Coralina

RESUMO

Por muito tempo as mulheres têm sido o foco de estudos sobre saúde relacionada ao gênero, enquanto poucas pesquisas investigam as condições de saúde dos homens. A população masculina apresenta altas taxas de mortalidade, principalmente nas idades mais precoces, além de sofrerem mais de condições graves e crônicas de saúde e adotarem mais comportamentos prejudiciais à saúde. Nesse contexto, é importante conhecer o perfil dessa população em relação à saúde, considerando-se sua condição socioeconômica e de que forma a estrutura social influencia sobre seu estado de saúde. O presente estudo tem por objetivo avaliar desigualdades sociais em saúde, segundo escolaridade, entre homens de 20 a 59 anos residentes no município de Campinas. Os dados foram coletados por meio do Inquérito Domiciliar de Saúde, um estudo transversal, de base populacional, com amostra por conglomerados em dois estágios, realizado no município de Campinas em 2008-2009. Dentre as variáveis incluídas neste estudo estão as sociodemográficas, as de comportamentos relacionados à saúde, as de estado de saúde e as de uso de serviços de saúde. A escolaridade, variável independente principal, foi categorizada em 0 a 8 anos de estudo e 9 ou mais anos de estudo. Para estimar as prevalências e as associações, foi utilizado o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5% e, para obtenção das razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança, foi feita a regressão de Poisson. Esta análise foi realizada por meio do *software* STATA versão 11, que considera as ponderações relativas ao desenho amostral.

ABSTRACT

For long time women have been the focus of health studies related to gender, while little research investigating the health conditions of men. The male population has high rates of mortality, especially in younger ages and suffer more severe and chronic conditions of health and adopting more unhealthy behaviors. In this context, it is important to know the profile of this population in relation to health, considering their socioeconomic and how social structure influences on their health. The present study aims to assess social inequalities in health, schooling, men 20 to 59 years living in the city of Campinas. Data were collected through the Household Health Survey, a cross-sectional study of population-based cluster sampling in two stages, held in Campinas in 2008-2009. Among the variables included in this study are the demographic characteristics, the behaviors related to health, the health status and use of health services. Schooling, the main independent variable, was categorized as 0-8 years of study and nine or more years of study. To estimate the prevalence and associations, we used the chi-square test, with significance level of 5% and to obtain the prevalence ratios (PR) and their respective confidence intervals, was performed by Poisson regression. This analysis was performed using the STATA version 11, which considers the weights for the sample design.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

CNDSS: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CSDH: Commission on Social Determinants of Health

DORT: Distúrbio ósteo-muscular relacionado ao trabalho

DSS: Determinantes sociais da saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de massa corporal

INCA: Instituto Nacional do Câncer

ISACAMP: Inquérito Domiciliar de Saúde de Campinas

LER: Lesão por esforço repetitivo

OMS: Organização Mundial da Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RP: razão de prevalência

SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire

TMC: Transtorno mental comum

VIGITEL: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas da população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

Tabela 2: Prevalência (%) e razões de prevalência bruta e ajustada de comportamentos relacionados à saúde na população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

Tabela 3: Prevalência (%) e razões de prevalência bruta e ajustada do estado de saúde na população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

Tabela 4: Prevalência (%) e razões de prevalência bruta e ajustada da utilização de serviços pela população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

SUMÁRIO

RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xvii
LISTA DE TABELAS	xix
1. INTRODUÇÃO	23
1.1. Gênero masculino e condições de saúde	25
1.2. Desigualdades sociais em saúde	31
1.3. Inquéritos de saúde	36
2. OBJETIVOS	41
2.1. Objetivo Geral	43
2.2. Objetivos específicos	43
3. MATERIAL E MÉTODOS	45
3.1. Local de estudo – o município de Campinas	47
3.2. Desenho do estudo	47
3.3. Plano de Amostragem	48
3.4. Variáveis do estudo	49
3.5. Análise dos dados	51
4. RESULTADOS	53
4.1. Artigo	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
7. ANEXOS	99

1. INTRODUÇÃO

1.1. Gênero masculino e condições de saúde

Os estudos sobre saúde do homem tiveram início nos Estados Unidos, por volta da década de 70, tendo um caráter exploratório e indo de encontro ao modelo biomédico vigente, com influências da teoria e política feministas (Sabo, 2002). Nos anos 80, os estudos relacionados ao tema ainda eram escassos, embora começassem a surgir pesquisas sobre saúde e gênero. Schraiber et al. (2005) apontam que a década de 90 foi marcada por estudos sobre saúde do homem que consolidavam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero. Abordavam inúmeros fatores, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, religião, classe social, dentre outros, com a finalidade de compreender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos sociais da população masculina. Atualmente, esses estudos aparecem basicamente em três eixos temáticos, conforme salientam Schraiber et al. (2005): saúde sexual e reprodutiva, violência, e morbimortalidade. Estes últimos enfocam, em especial, as doenças relacionadas ao trabalho e algumas causas de mortes que acometem mais a população masculina.

Há evidências de que, em geral, os homens sofrem mais de condições graves e crônicas de saúde (Verbrugge & Wingard, 1987), têm maiores taxas de mortalidade em todas as idades, e pelos principais grupos de causas de morte quando comparados às mulheres (Braz, 2005; Laurenti et al., 2005; CCAS, 2008; Sala & Mendes, 2010). A sobremortalidade masculina acarreta expectativas de vida distintas para homens e mulheres, sendo que, no Brasil, atualmente a diferença se encontra em torno de 7,6 anos (69,4 anos e 77,0 anos, respectivamente), o que resulta em uma população masculina significativamente menor que a feminina em idades mais avançadas (IBGE, 2010). Acompanhando a realidade nacional, no município de Campinas a razão entre os coeficientes de mortalidade de

homens e mulheres é mais alta nas idades adultas jovens, chegando a alcançar seis vezes na faixa de idade de 15 a 29 anos entre os anos de 2000 e 2002 (CCAS, 2008).

Sala & Mendes (2010) observaram em 2007 sobremortalidade masculina no Brasil e no estado de São Paulo em praticamente todas as causas de óbito, destacando-se as causas externas, os transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo, o que também foi constatado por Laurenti et al. (2005) em relação ao Brasil, em 2001.

Com relação às morbidades, inquéritos de saúde nacionais têm demonstrado que as mulheres geralmente relatam a presença de pelo menos uma doença crônica em maior proporção quando comparadas aos homens e, ao serem analisadas as causas, apenas cirrose e tuberculose se destacam com maiores proporções entre os homens (Pinheiro et al., 2002; Barros et al., 2011). Laurenti et al. (2005) consideram que os indicadores de morbidade, resultantes da demanda aos serviços de saúde e de inquéritos populacionais apontam maior frequência entre as mulheres, porém a população masculina apresenta maior incidência de várias doenças ocupacionais, além de sofrerem com maior frequência acidentes ofídicos e intoxicações por produtos químicos e por pesticidas. Dentre as principais causas de internação hospitalar, na população masculina como um todo, observa-se em ordem decrescente no ano de 2002: doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, as infecciosas e parasitárias, do aparelho digestivo e por lesões (Laurenti et al., 2005). Os autores chamam a atenção para a maior proporção de internações masculinas por lesões e os elevados percentuais por transtornos mentais entre os 20 e 39 anos, enquanto a partir dos 40 anos as hospitalizações por doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar dentre as principais causas.

Rohlf et al. (2007) apontam que os termos sexo e gênero ainda costumam ser usados como sinônimos nas pesquisas epidemiológicas e de saúde pública e gênero é também empregado em diversos estudos para descrever ou analisar questões relacionadas exclusivamente às mulheres. Visando tornar mais clara a diferença entre os conceitos de sexo e gênero, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define sexo como as características biológicas e psicológicas que definem homens e mulheres, enquanto gênero refere-se aos papéis socialmente construídos, comportamentos, atividades e atributos que uma dada sociedade considera apropriados para homens e mulheres (WHO, 2011). A OMS considera que homem e mulher são categorias de sexo, ao passo que masculino e feminino são categorias de gênero e acrescenta que aspectos de sexo não variam substancialmente entre diferentes sociedades, enquanto aspectos de gênero variam enormemente. Conforme salientam Pinheiro et al. (2002), as diferenças de gênero no risco de adoecer variam em função do estilo de vida e dos fatores biológicos, que incluem os genéticos ou hormonais. É indiscutível a influência de fatores biológicos no adoecimento, porém há comportamentos específicos que dependem de fatores culturais e sociais, além dos fatores socioeconômicos, e que devem ser considerados ao se caracterizar e analisar a saúde do homem e da mulher (Laurenti, 2005).

McKinlay (2005) avalia que os problemas de saúde da população masculina resultam da interação complexa de muitos fatores, que envolvem a propensão biológica a certas doenças, as condições socioeconômicas e o padrão de comportamentos e papéis sociais que são predominantemente assumidos pelo gênero masculino e que alguns autores vêm denominando de padrão de *masculinidade*.

Connell (1987) define *masculinidade* como uma construção social dependente de um tempo histórico específico, da cultura e da localidade. Pode ser entendida também, em termos relacionais, como o que não é feminino e, em uma dada sociedade, pode existir uma *hierarquia de masculinidades* com uma versão idealizada sendo dominante ou hegemônica (Connell, 1995). Por serem socialmente construídas, Evans et al. (2011) consideram que as *masculinidades* variam entre as sociedades e entre os homens, além de variar ao longo da vida dos indivíduos, em função do envelhecimento, dos eventos e história de vida. Segundo Evans et al. (2011), as *masculinidades* são consideradas um determinante social de saúde que interage com outros determinantes como o *status* socioeconômico, raça, etnia, e área geográfica. Conforme aponta Aquino (2005), estes outros determinantes estão relacionados à estrutura social de gênero e poder, fazendo-se necessário compreender de que forma atuam na saúde do homem, considerando suas singularidades, mas sem desconsiderar o caráter relacional de gênero.

Courtenay (2000) considera que a *masculinidade hegemônica* é a construção de gênero socialmente dominante, que coloca as feminilidades e outras formas de masculinidade a ela subordinadas, refletindo e modelando as relações sociais dos homens com as mulheres e com outros homens. Sua construção é pautada nos ideais hegemônicos e representa poder e autoridade, que são atributos necessários para a constituição do homem como tal e das suas crenças e comportamentos relacionados à saúde, frutos da construção social (Courtenay, 2000). Os comportamentos que podem ser usados na demonstração da *masculinidade hegemônica* incluem também a negação de fraqueza ou vulnerabilidade, controle físico e emocional, a aparência de ser forte e viril, rejeição de qualquer necessidade de ajuda, um incessante interesse por sexo, a demonstração de comportamentos agressivos e dominação

física. É na busca constante por esses ideais, por poder e privilégio que os homens são frequentemente levados a adotarem comportamentos prejudiciais à saúde, fazendo emergir fatores de risco relevantes para o adoecimento (Courtenay, 2000; Braz, 2005; Gomes & Nascimento, 2006).

Schraiber et al. (2005) avaliam que é um desafio incluir os homens nas ações de saúde pelo fato de o cuidar de si e dos outros, assim como a valorização do corpo não fazerem parte da sua socialização. Dessa forma, o homem demonstra dificuldade em procurar ajuda ou cuidados médicos e termina por negligenciar o uso de serviços de saúde, especialmente da atenção primária, assim como o desempenho de práticas saudáveis, acreditando que com essa atitude está negando a vulnerabilidade (Braz, 2005).

A opção dos homens por serviços de emergência é justificada, em parte, pela incompatibilidade de horário entre os postos de saúde e serviços ambulatoriais e o trabalho (Braz, 2005; Gomes et al., 2007). Outras justificativas para a ausência dos homens nos serviços de saúde para consultas e exames de rotina é a sensação de vulnerabilidade ao terem manuseadas suas partes íntimas, medo de descobrir a presença de doenças, a falta de serviços de saúde e de campanha ou programas apropriados para suas demandas específicas (Gomes et al., 2007).

Para superar essas diferenças, Laurenti et al. (2005) propõem a elaboração de programas de saúde voltados especialmente para os homens (assim como aqueles direcionados à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso) e o investimento em ações educativas, focando os cânceres de próstata e de pulmão, a violência, dentre outros agravos à saúde responsáveis pela morbidade e sobremortalidade masculina. Ao mesmo tempo,

estratégias que favoreçam a maior procura por serviços de saúde, principalmente os preventivos, precisam ser desenvolvidas, considerando-se as características de gênero inerentes a esta população, as quais refletem o menor cuidado consigo mesmo e a maior participação nas internações por condições graves e nos serviços de emergência (Pinheiro et al., 2002).

Nesse sentido, em 2009 foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem por objetivo promover melhorias na saúde da população masculina brasileira, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e da facilitação do acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde, tendo a atenção primária como porta de entrada preferencial (Brasil, 2009a). Esse documento traz um diagnóstico da situação de saúde da população masculina, por meio de indicadores de mortalidade e morbidade, reservando tópicos que contemplam as principais causas dos problemas de saúde, além de abordar o tabagismo e alcoolismo como importantes fatores de risco a serem enfrentados na prevenção das doenças crônicas. O público-alvo da política é a população adulta de 20 a 59 anos (não se restringindo a ela), por considerar que os mais jovens e os idosos são conduzidos aos serviços de saúde por terceiros, e este recorte seria uma “estratégia metodológica necessária para a consideração da problemática a ser enfrentada na atenção especializada” (Brasil, 2009a).

É importante ressaltar que, dentre os 26 municípios selecionados pelo Ministério da Saúde para serem desenvolvidos projetos-piloto de implantação da PNAISH, no estado de São Paulo foi escolhido o município de Campinas, por meio da portaria Nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009 (Brasil, 2009b).

Em outubro de 2009, por meio da Lei 13.694 foi instituído o Programa Municipal de Saúde do Homem em Campinas e o Dia Municipal de Saúde do Homem, a ser comemorado anualmente no dia 12 de setembro. Esta Lei propõe “atendimento multidisciplinar, pertinente ao amplo espectro de doenças da população masculina e dará ênfase às campanhas educativas com o objetivo de esclarecer a esta população sobre os riscos, cuidados e medidas para prevenção e combate às doenças do Sistema Urinário e Reprodutor” (Campinas, 2009).

1.2. Desigualdades sociais em saúde

Há séculos as desigualdades fazem parte das reflexões de pensadores, filósofos e estudiosos da humanidade. Conforme salientam Barbosa e Barros (2002), as desigualdades não podem ser mensuradas, mas apenas descritas, sem emitir um juízo de valor sobre justiça ou injustiça. Por outro lado, o conceito de iniquidade é mensurável e orientado por princípios morais, éticos e políticos, historicamente construídos. Na área da saúde, o termo iniquidade tem sido incorporado para denominar as desigualdades sociais em saúde entendidas como injustas, desnecessárias e evitáveis, quando são empregados esforços a fim de combatê-las (Whitehead, 1992). As desigualdades no processo de adoecimento têm sido registradas desde os séculos passados, com importantes contribuições, por exemplo, de Hipócrates, ao observar relações entre as condições ambientais e algumas doenças (Hipócrates, 1988), e de John Snow, bastante conhecido na Epidemiologia, que realizou o mapeamento dos casos de cólera em Londres, no século XIX, verificando a estreita relação da doença com as condições sociais (Snow, 1990).

Investigações sistemáticas relacionando as desigualdades sociais com o processo saúde-doença começaram a ser realizadas na primeira metade do século XIX. Porém, com os resultados das pesquisas de Snow sobre a cólera, associados às descobertas de Pasteur e Koch, iniciou-se um período conhecido como “a era bacteriológica”, que persistiu durante as três últimas décadas do século XIX (Rosen, 1994). O século seguinte foi marcado pelo conflito entre os enfoques biológico e o sociopolítico e ambiental, com predomínio do primeiro. A favor da abordagem social, destacam-se nesse período a definição mais ampla do termo saúde pela OMS, em 1948, a Conferência de Alma-Ata, no final da década de 70, as atividades realizadas em prol do lema “Saúde para todos no ano 2000”, e, por fim, o debate sobre as Metas do Milênio, em 1990, que volta o foco para a determinação social da saúde e se afirma em 2005, com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (Buss & Pellegrini Filho, 2007). Segundo Rasanathan et al. (2011) os estudos relacionados às desigualdades e iniquidades sociais em saúde têm se intensificado nas duas últimas décadas, buscando avaliar e documentar as iniquidades em saúde de acordo com uma série de fatores, que incluem nacionalidade, gênero, etnia, posição socioeconômica e nível educacional.

As desigualdades em saúde podem ocorrer entre países, entre regiões de um país ou até mesmo entre segmentos populacionais de uma cidade. Para combater essas desigualdades, algumas ações são necessárias, tais como o maior empenho no controle de doenças que levam à morte e a melhoria dos serviços de saúde, o enfrentamento da pobreza e, complementarmente, o investimento em ações sobre os determinantes sociais da saúde (Marmot, 2005). Os determinantes sociais da saúde (DSS) são as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, e envolvem, além dos fatores sociais, os

econômicos, políticos, culturais e ambientais que favorecem o desenvolvimento de doenças (OMS, 2011). Os determinantes podem ser estruturais ou intermediários, sendo os primeiros mais relevantes e os responsáveis por originarem a estratificação social e a posição socioeconômica, a qual é definida de acordo com as relações de poder, prestígio e acesso a recursos. Tais determinantes são considerados as causas mais profundas das iniquidades em saúde e, ao interferirem sobre os determinantes intermediários, representados pelas condições de vida, fatores biológicos e comportamentais e sistemas de saúde, produzem as condições de saúde das pessoas (Solar & Irwin, 2010). Dessa forma, a abordagem dos determinantes sociais da saúde parte do princípio de que, para combater as iniquidades em saúde, é necessário combater as iniquidades sociais, com medidas voltadas para a melhoria das políticas públicas, que extrapolem o âmbito da saúde (OMS, 2011).

Com o objetivo de compreender como os determinantes sociais da saúde operam e de que forma pode-se atuar sobre eles para melhorar as condições de saúde e reduzir as desigualdades, em março de 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a formação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH) e, no ano seguinte, o Brasil foi o primeiro país a formar sua própria Comissão (CNDSS, 2008). Esta comissão brasileira cumpriu um mandato de dois anos, com o compromisso de: “gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde; e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema”. Assim, o produto de seu trabalho foi o relatório final, divulgado em abril de 2008, intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, que traz informações a respeito da situação de saúde brasileira, enfatizando as

iniquidades geradas pelos determinantes sociais, propõe políticas, programas e intervenções voltadas aos determinantes e descreve as ações desenvolvidas até então pela Comissão para cumprir seus objetivos (CNDSS, 2008).

Diversos estudos têm se dedicado a verificar de que forma as desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais, regionais e de gênero impactam no perfil de morbimortalidade e no acesso e utilização dos serviços de saúde (Louvison et al., 2008). Entretanto, são raros os estudos que investigam as condições de vida e comportamentos dos homens e sua relação com a morbimortalidade, considerando os fatores socioeconômicos (Pinheiro et al., 2002).

De acordo com Muntaner et al. (2003) as medidas de estratificação social, dentre elas o nível de escolaridade são importantes preditoras de padrões de morbidade e mortalidade e uma série de pesquisas tem avaliado a relação entre tais indicadores e desfecho de saúde. O nível de instrução apresenta associação com os indicadores de saúde e exerce influências na percepção dos problemas de saúde, no entendimento das informações relacionadas à saúde, na opção por adotar comportamentos saudáveis, na utilização dos serviços de saúde e na adesão ao tratamento (CNDSS, 2008). Informações sobre os anos de estudo completos possuem vantagens em relação a outras medidas de estratificação social por serem universais, fáceis de coletar e estáveis ao longo da vida do indivíduo (Arber, 1997).

A posição socioeconômica na fase adulta é um dos principais determinantes de saúde, cujo efeito persiste na idade mais avançada (Barreto, 2004). Um estudo sobre desigualdades em saúde por idade e gênero mostra que as desigualdades socioeconômicas na saúde tendem a aumentar com a idade no Brasil, e a diferença nas expectativas de vida entre

indivíduos pertencentes ao primeiro (menor renda) e último quintil (maior renda) de renda familiar *per capita* é mais acentuado entre os homens do que entre as mulheres, demonstrando uma situação mais favorável aos homens mais ricos (Diaz, 2002). Entretanto, estudo referente a oito países do oeste europeu encontrou que as desigualdades sociais em saúde tendem a ser menores nas populações mais velhas, subentendendo-se que são maiores entre os mais jovens (Huisman et al., 2005). No estudo de Espelt et al. (2008) as desigualdades entre os homens mostraram ser mais evidentes ao se considerar o nível educacional, em detrimento de outras dimensões de classe social em países de diferentes tradições políticas da Europa.

Embora os homens partilhem de ideais masculinos similares, diferentes homens podem desempenhar estes ideais de distintas maneiras, sofrendo influência da sua posição na estrutura social e de seu acesso a poder e recursos (Courtenay, 2000). Em outras palavras, as diversas maneiras de desempenhar a masculinidade hegemônica estão associadas com aspectos como etnia, idade, classe social e sexualidade, aspectos que estão relacionados à estrutura social de gênero e poder, fazendo-se necessário compreender de que forma atuam na saúde do homem, considerando suas singularidades, mas sem desconsiderar o caráter relacional de gênero (Aquino, 2005).

Como observa Batista (2005), são necessários estudos que investiguem a dificuldade de as pessoas com menor escolaridade e renda se perceberem em risco e aderirem a tratamentos. O autor reitera que as ações desenvolvidas pelos serviços e programas de saúde podem promover desigualdades, na medida em que desconsideram as dificuldades dos homens em acessar os serviços de saúde, a falta de informação e a falta de atenção das

políticas e programas de saúde às especificidades dos homens, diferenciais que merecem ser considerados também na população masculina de diferentes níveis socioeconômicos.

Apesar da existência de diversos estudos direcionados à compreensão das desigualdades de gênero em relação à saúde, verifica-se uma menor proporção de investigações destinadas à saúde do homem e ao conhecimento dos efeitos das desigualdades sociais entre eles (Braz, 2005, Laurenti et al., 2005). Aquino (2005) afirma que, quando inseridos em um mesmo contexto, homens e mulheres apresentam mais semelhanças entre si do que se comparados a outros homens e mulheres, respectivamente, de diferentes grupos sociais. Isto reforça a necessidade de estudar as condições de saúde de homens de diferentes segmentos sociais.

De acordo com Courtenay (2000), quando os homens são o sujeito do estudo, as pesquisas geralmente negligenciam o exame dos riscos à saúde associados ao gênero masculino e pouco é conhecido sobre o que leva os homens a adotarem estilos de vidas prejudiciais à saúde e deixarem de incorporar comportamentos promotores de saúde.

1.3. Inquéritos de saúde

Diante dos fenômenos já conhecidos da transição demográfica e epidemiológica, em que se observa o envelhecimento da população e crescimento das prevalências de doenças crônicas em detrimento das infecto-contagiosas, os sistemas de informação em saúde de registro contínuo têm apresentado limitações no monitoramento e avaliação das políticas e programas direcionados para tais agravos. Frente a essa realidade, que tem como consequência a ampliação do conceito de saúde, os inquéritos de saúde de base populacional surgem como uma importante fonte de dados, permitindo a produção de

informações e o monitoramento e avaliação não só das doenças, mas também das condições de saúde, assim como do desempenho do sistema de saúde, sendo complementares aos tradicionais sistemas de informação (Goldbaum et al., 2005; Barros, 2008).

Por serem dirigidos à população em geral, com exceção dos institucionalizados, esses inquéritos possibilitam o conhecimento de grupos que não percebem suas necessidades de saúde, não procuram ajuda, procuram ajuda em local diferente do sistema oficial de saúde ou mesmo que não têm acesso ao sistema de saúde, obtendo informações além daquelas que são obtidas nos serviços públicos de saúde por meio dos registros contínuos (Cesar & Tanaka, 1996).

Os inquéritos de saúde fornecem dados relativos às diversas dimensões do estado de saúde, aos determinantes demográficos, socioeconômicos e culturais da saúde-doença, além de informações a respeito dos comportamentos relacionados à saúde, estado de saúde e acesso e uso dos serviços de saúde, permitindo revelar o padrão das desigualdades sociais em saúde (Barros, 2008). Em termos de posição socioeconômica, o nível de escolaridade, a classe social, obtida por meio da ocupação, e a renda são as principais variáveis para o estudo das desigualdades sociais em saúde. Os inquéritos são muito úteis no planejamento de ações que considerem equitativamente os diferentes segmentos da população estudada (Rohlf et al., 2007).

Dentre os inquéritos nacionais, destacam-se os suplementos de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNADs), que possuem ampla cobertura territorial e acontecem periodicamente, desde 1986; os inquéritos realizados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), que abordam questões relativas às práticas preventivas e prevalência de

comportamentos relacionados à saúde; e o sistema de vigilância de fatores de risco para doenças crônicas (VIGITEL), em que as informações são obtidas por meio de entrevistas telefônicas (Barros, 2008).

Há ainda os inquéritos de saúde locais e os regionais, que são “espaços e oportunidades fundamentais de experimentação e validação de instrumentos, de compreensão dos determinantes da variação dos valores médios nacionais ou regionais, e de aprofundamento de questões que necessitam de investigações mais específicas e detalhadas” (Barros, 2008). Dentre eles está o Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp), que teve início em 2008, com o objetivo de obter dados por meio de questionários aplicados em domicílio por entrevistadores previamente treinados, gerando informações como comportamentos relacionados à saúde, estado de saúde, uso de serviços, além das condições demográficas e socioeconômicas dos entrevistados, viabilizando estudos relacionados às desigualdades sociais em saúde.

Dado que os homens são os mais acometidos pelas maiores taxas de mortalidade em todas as idades, especialmente nas idades mais precoces, estão mais propensos à adoção de comportamentos prejudiciais à saúde e, por consequência, ao desenvolvimento de doenças graves, há necessidade de tomá-los como foco de investigações que considerem seus estilos de vida e suas implicações sobre a saúde, nos diferentes segmentos sociais.

Conforme observado, a forma pela qual o homem é socialmente construído relaciona-se diretamente com as altas prevalências de morbidades e sobremortalidade por diversas causas. Tendo em vista que os comportamentos influem significativamente na saúde humana e são diferentes entre homem e mulher, é importante avaliar essas diferenças de

gênero e, particularmente, entre seus distintos segmentos, quanto aos estilos de vida como: hábito de fumar, ao consumo de álcool, à qualidade da dieta, à prática de atividade física, ao peso corporal, dentre outros fatores.

Considerando-se que tais aspectos são influenciados pela estrutura social, que os homens adultos jovens (que correspondem à parcela preponderante da força produtiva) compõem as estatísticas da sobremortalidade em maior proporção e que há poucas pesquisas sobre desigualdades sociais na saúde dos homens, faz-se oportuno estudar a saúde de homens adultos jovens, de 20 a 59 anos. O nível de escolaridade foi utilizado como categoria analítica, com o propósito de identificar a magnitude das desigualdades existentes entre os diferentes segmentos sociais desta população, tendo em vista que o conhecimento de suas particularidades pode auxiliar na elaboração de estratégias mais direcionadas, colaborando para promover a adoção de comportamentos menos nocivos à saúde, diminuição da mortalidade precoce e melhoria na qualidade de vida para um envelhecimento saudável.

As investigações por inquéritos de saúde são em sua maioria de abrangência nacional ou relativas a regiões metropolitanas, não sendo possível a desagregação dos dados disponibilizados para municípios. Nesse sentido, este estudo, referente à população masculina de 20 a 59 anos de Campinas, será um importante instrumento para identificar, em nível local, as desigualdades entre eles, segundo o nível de escolaridade possibilitando o planejamento de ações melhor direcionadas aos grupos mais vulneráveis do município, podendo servir como experiência também para outros locais que apresentem características semelhantes. Para tanto foram utilizados dados de um inquérito de saúde domiciliar realizado no município em 2008.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a magnitude das desigualdades sociais em saúde, segundo escolaridade, entre homens de 20 a 59 anos residentes no município de Campinas.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a população adulta jovem masculina de Campinas, por meio de variáveis sociodemográficas e econômicas;
- Analisar o grau de desigualdades na população masculina adulta de Campinas, segundo escolaridade, quanto:
 - aos comportamentos relacionados à saúde;
 - às condições de saúde;
 - ao uso de serviços de saúde.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Local de estudo – o município de Campinas

O município de Campinas possui uma área de 795 km², localiza-se a cerca de 100 km da capital do estado, São Paulo, e constitui um pólo industrial e tecnológico. Dados do IBGE apontam que seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* em 2009 era de R\$29.731,98 (IBGE, 2010), enquanto o percentual de pobreza alcançava 9,83% e índice de Gini de 0,42 em 2003 (IBGE, 2003). Segundo dados do Censo do IBGE realizado em 2010, sua população era de 1.080.113 habitantes, com uma população masculina de 520.865 habitantes, correspondendo a 48% (IBGE, 2010).

Com relação à idade, observa-se uma maior concentração na faixa de 20 a 59 anos, correspondendo a aproximadamente 57% da população total (Campinas, 2010), enquanto a população de menor de 5 anos corresponde a 7,7% e aqueles com 65 anos e mais, compreendem 6,5% da população. O nível de escolaridade no município alcança uma média de 7,9 anos de estudo, enquanto a renda média nominal do responsável pelo domicílio é de R\$1.459,8 reais (Campinas, 2010).

Em 2009 o sistema de saúde de Campinas contava com 373 estabelecimentos de saúde, sendo 103 públicos e 270 privados. O número total de leitos para internação era de 3.000, havendo 817 em estabelecimentos de saúde públicos e 2.183 em estabelecimentos de saúde privados e, destes privados, 991 são credenciados pelo SUS (IBGE, 2009).

3.2. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional, cujos dados foram obtidos do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp), realizado em 2008/2009. Os dados foram coletados por entrevistadores previamente treinados, utilizando um questionário

dividido em blocos temáticos, a saber: morbidade, acidentes e violências, saúde emocional, qualidade de vida, uso de serviços, práticas preventivas, uso de medicamentos, comportamentos relacionados à saúde e características socioeconômicas.

3.3. Plano de Amostragem

A amostra foi obtida por procedimentos de amostragem probabilística realizados em dois estágios. Inicialmente foram sorteados 50 setores censitários (SC) da área urbana do município de Campinas, com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios, sendo realizada, em seguida, pesquisa de campo para arrolamento dos domicílios particulares existentes nos setores sorteados.

No segundo estágio foi feito o sorteio dos domicílios. Objetivando o estudo de aspectos referentes a três subgrupos da população: adolescentes, adultos e idosos, foram considerados três domínios de estudo (de 10 a 19 anos; de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais).

Optou-se pelo sorteio de amostras de tamanhos iguais, de 1000 pessoas, para cada um desses domínios. Com esse número de entrevistas, esperava-se que o erro de amostragem estivesse entre 4 e 5 pontos percentuais em intervalos de confiança de 95%, para proporções de 0,50 e efeitos de delineamento de 2.

O cálculo do número de domicílios a serem sorteados foi feito a partir da média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade sendo que o total de domicílios existentes no Município de Campinas, considerando-se os setores censitários urbanos, era de 282.147 no ano do Censo 2000. Dividiu-se, então, o tamanho desejado da amostra (1000 pessoas) por essa razão para estimar o número de

domicílios que deveriam ser sorteados em cada domínio de idade para obter amostra suficiente em cada um deles.

Prevedendo-se a ocorrência de recusas e de domicílios fechados (total de 20%) foram sorteados números maiores de domicílios, elevando os tamanhos de amostra de domicílios para 2150 (adolescentes – 10 a 19 anos), 700 (adultos jovens – 20 a 59 anos) e 3900 (idosos – 60 anos ou mais).

A análise dos dados do presente estudo foi referente à população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos.

3.4. Variáveis do estudo

Dentre as variáveis analisadas no presente estudo constam:

- Demográficas e socioeconômicas: nível de escolaridade do entrevistado (em anos de estudo); idade; raça/cor; naturalidade; religião; estado conjugal; número de pessoas no domicílio; ocupação atual; tipo de trabalhador; número de bens no domicílio; renda familiar mensal *per capita* (em salários mínimos); cobertura por plano de saúde; cobertura por plano odontológico.

- Comportamentos relacionados à saúde: dependência de álcool (mensurado por meio do Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT, com 8 ou mais pontos sendo considerado positivo a dependência) (Barbor et al., 2003); frequência de consumo de álcool (<4 vezes na semana e \geq 4 vezes na semana); fumante atual; cessação do hábito de fumar, que corresponde percentual de ex-fumantes entre aqueles que já fumaram alguma vez na vida (fumantes atuais e ex-fumantes) (Peixoto et al., 2007); fumante passivo (não fumante

exposto a fumaça do cigarro por pelo menos 1 hora por dia); atividades físicas no lazer: ativo (pelo menos 150 minutos por semana, por 3 dias na semana), insuficientemente ativo (menos que 150 minutos por semana, por menos de 3 dias na semana), sedentário (nenhum tempo dedicado à atividade física de lazer na semana); Índice de Massa Corporal (IMC), usando as categorias estabelecidas para adultos: baixo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($18,5$ a $< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso (25 a $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obeso ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$); consumo por menos que 4 dias na semana de: frutas, verduras, legumes e leite; consumo de refrigerante por mais que 4 dias na semana.

- Estado de saúde: saúde auto-avaliada como ruim ou muito ruim (sim ou não); transtorno mental comum (TMC), avaliado por meio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), considerando-se acima de 6 pontos, presença de TMC (Mari e Williams, 1986); morbidades referidas como diagnosticadas por algum profissional de saúde a partir de um *checklist* (sim ou não): hipertensão arterial, cardiopatia, asma, bronquite, enfisema, tendinite, LER/DORT, problemas circulatórios; problemas de saúde autoreferidos sem diagnóstico de profissional de saúde (sim ou não): dor de cabeça frequente, enxaqueca, dor nas costas, problema na coluna, alergia, problema emocional, tontura, vertigem, deficiência visual (total ou parcial), uso de óculos ou lentes de contato e uso de próteses dentárias; acidentes no último ano.

- Utilização dos serviços de saúde (sim ou não): procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista; hospitalizações nos últimos 12 meses; cirurgia na vida e nos últimos 12 meses; consulta odontológica nos últimos 12 meses; consumo de medicamentos nos últimos 3 dias; exames preventivos para homens de 40 a 59 anos: PSA e exame de

toque retal no último ano; consulta médica de rotina para indivíduos portadores de hipertensão arterial.

As variáveis dependentes foram todas aquelas relacionadas ao comportamento, condições de saúde e uso de serviços de saúde, enquanto a variável independente principal é a escolaridade, categorizada em 0 a 8 e 9 ou mais anos de estudo. As demais variáveis demográficas e socioeconômicas foram usadas para caracterizar a população estudada. As razões de prevalência estimadas foram ajustadas por idade e, no caso do uso de serviços (consulta médica, hospitalização, cirurgias e consumo de medicamentos), ajustou-se por idade e número de doenças crônicas (0 e 1 ou mais).

3.5. Análise dos dados

Os dados provenientes das entrevistas foram digitados em banco de dados elaborado no *software EpiInfo* 6.04b (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e foram analisados por meio do *Software STATA*, versão 11.0 (Stata Corporation, 2003), o qual considera os diferentes pesos dos indivíduos que compõem a amostra, assim como o efeito de desenho amostral.

Para analisar as associações entre as variáveis dependentes e independentes, o teste qui-quadrado (χ^2) com nível de significância estatística de 5% foi utilizado, e as razões de prevalência brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança foram estimados empregando o modelo de regressão de *Poisson*.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), sob o parecer nº 079/2007.

4. RESULTADOS

4.1. Artigo

A saúde dos homens: desigualdades sociais em estudo de base populacional

The Men's Health: social inequalities in population-based study

Tássia Fraga Bastos¹, Maria Cecília Goi Porto Alves², Marilisa Berti de Azevedo Barros¹,
Chester Luiz Galvão Cesar³

¹Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil,

²Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil,

³Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Artigo submetido à revista “Cadernos de Saúde Pública” (em avaliação)

Resumo

Este estudo avalia as desigualdades sociais em saúde, segundo escolaridade, na população masculina. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, envolvendo 449 homens, de 20 a 59 anos, residentes em Campinas, São Paulo, Brasil. Realizou-se o teste qui-quadrado para verificar as associações e o modelo de regressão de *Poisson* para estimar as razões de prevalência brutas e ajustadas. O segmento de menor escolaridade apresentou maiores proporções de consumo e dependência de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo e de consumo alimentar menos saudável, além de maiores prevalências de auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim, pelo menos uma doença crônica, hipertensão, dentre outros problemas de saúde. Não foram detectadas diferenças entre os segmentos com relação ao uso de serviços de saúde, à exceção do uso de serviços odontológicos. Os achados revelam que há desigualdade social na maioria dos comportamentos relacionados à saúde e em alguns indicadores de estado de saúde. Entretanto, observou-se possível equidade no uso de praticamente todos os serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem; desigualdades sociais, inquéritos de saúde.

Abstract

This study evaluates the social inequalities in health, on education level, in the male population. It is a population-based cross-sectional study involving 449 men, 20 to 59 years, living in Campinas, Sao Paulo, Brazil. We carried out the chi-square test to verify the associations and the Poisson regression model to estimate prevalence ratios crude and adjusted. The segment with lower education level had higher proportions of consumption and dependence on alcohol, smoking, physical inactivity, and unhealthy food consumption, in addition to higher prevalence of self-rated health as poor/very poor, at least one chronic disease, hypertension, among other health problems. No differences were found between the segments with respect to the use of health services, except for the use of dental services. The findings reveal that there is social inequality in most health-related behaviors, as well as some indicators of health status. However, there was equity in the use of practically all health services.

Keywords: Men's health, social inequities, health surveys.

Introdução

A sobremortalidade masculina em praticamente todas as idades, fenômeno bem documentado na literatura, acarreta expectativas de vida distintas para homens e mulheres^{1,2,3,4}. No Brasil, atualmente, essa diferença encontra-se em torno de 7,6 anos (69,4 anos e 77,0 anos, respectivamente), o que resulta em uma população masculina significativamente menor que a feminina em idades mais avançadas⁵. Com relação às morbidades, apesar de as mulheres relatarem maiores prevalências de doenças, quando analisada a gravidade da doença, os homens costumam apresentar maiores proporções de doenças crônicas de alta letalidade⁶.

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde deu um importante passo, lançando em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que tem por objetivo promover melhorias na saúde da população masculina brasileira, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e da facilitação do acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde, tendo a atenção primária como porta de entrada preferencial⁷.

Courtenay⁸ considera que a masculinidade hegemônica é a construção de gênero socialmente dominante que reflete e modela as relações sociais dos homens com as mulheres e com outros homens. Sua construção é pautada nos ideais hegemônicos e representa poder e autoridade, que são atributos necessários para a constituição do homem como tal e das suas crenças e comportamentos relacionados à saúde, frutos da construção

social. É na busca constante pelos ideais de masculinidade, por poder e privilégio que os homens são frequentemente levados a adotarem comportamentos prejudiciais à saúde, fazendo emergir fatores de risco relevantes para o adoecimento^{1,8,9}.

Diversos estudos têm se dedicado a verificar de que forma as desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais, regionais e de gênero impactam no perfil de morbimortalidade e no acesso e utilização dos serviços de saúde¹⁰. Entretanto, verifica-se uma menor proporção de investigações destinadas à saúde do homem e ao conhecimento dos efeitos das desigualdades sociais entre eles^{1,2}. Segundo Muntaner et al.¹¹, as medidas de estratificação social, dentre elas o nível de escolaridade são importantes preditores de padrões de morbidade e mortalidade e uma série de pesquisas tem avaliado a relação entre tais indicadores e desfechos de saúde. Informações sobre os anos completos de estudo possuem vantagens em relação a outras medidas de estratificação social por serem universais, fáceis de coletar e estáveis ao longo da vida do indivíduo¹².

Mediante o exposto e considerando a vulnerabilidade da população masculina, especialmente em idades mais jovens, este estudo tem por objetivo avaliar as desigualdades sociais em saúde, segundo escolaridade, entre homens de 20 a 59 anos residentes no município de Campinas.

Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional, cujos dados foram obtidos do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp), realizado em 2008/2009. Os dados foram coletados por entrevistadores previamente treinados, utilizando um questionário organizado em blocos temáticos, a saber: morbidade, acidentes e violências, saúde

emocional, qualidade de vida, uso de serviços de saúde, práticas preventivas, uso de medicamentos, comportamentos relacionados à saúde e características socioeconômicas.

A amostra do inquérito foi obtida por procedimentos de amostragem probabilística realizados em dois estágios. Inicialmente foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município de Campinas, com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios, sendo realizada, em seguida, pesquisa de campo para arrolamento dos domicílios particulares existentes nos setores sorteados.

No segundo estágio foi feito o sorteio dos domicílios, objetivando a realização de 20 entrevistas em cada setor censitário, para três subgrupos da população: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais), que constituíram domínios de estudo.

Optou-se pelo sorteio de amostras de tamanhos iguais, de 1000 pessoas para cada um desses domínios. Com esse número de entrevistas seria possível estimar proporções de 0,50 com erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais para nível de confiança de 95% e efeito de delineamento de 2.

Os dados analisados no presente estudo referem-se à população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos. Para esse grupo, os erros de amostragem seriam da ordem de 6,2%. Segundo dados do censo, 1000 adultos seriam encontrados em visita a 522 domicílios. Prevendo-se a ocorrência de recusas e de domicílios fechados (total de 20%), foram sorteados 700 domicílios. O delineamento do plano amostral do Inquérito de Saúde de Campinas de 2008 foi descrito em maiores detalhes por Alves¹³.

Dentre as variáveis analisadas no presente estudo constam:

- Demográficas e socioeconômicas: nível de escolaridade do entrevistado (em anos de estudo); idade; raça/cor auto-referida; naturalidade; religião; estado conjugal; número de pessoas no domicílio; ocupação atual; tipo de trabalhador; número de bens no domicílio; renda familiar mensal *per capita* (em salários mínimos); cobertura por plano de saúde; cobertura por plano odontológico.

- Comportamentos relacionados à saúde: dependência de álcool (mensurado por meio do Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT, com 8 ou mais pontos sendo considerada positiva a dependência)¹⁴; frequência de consumo de álcool (<4 vezes na semana e ≥ 4 vezes na semana); fumante atual; cessação do hábito de fumar, que corresponde ao percentual de ex-fumantes entre aqueles que já fumaram alguma vez na vida (fumantes atuais e ex-fumantes); fumante passivo (não fumante exposto a fumaça do cigarro por pelo menos 1 hora por dia); atividade física no lazer: ativo (pelo menos 150 minutos por semana, por 3 dias na semana), insuficientemente ativo (menos que 150 minutos por semana ou por menos de 3 dias na semana), sedentário (nenhum tempo dedicado à atividade física de lazer na semana); Índice de Massa Corporal (IMC), usando as categorias estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde¹⁵ para adultos: baixo peso (< 18,5 kg/m²), eutrófico (18,5 a < 25 kg/m²), sobrepeso (25 a < 30 kg/m²), excesso de peso (≥ 25 kg/m²); e obeso (≥ 30 kg/m²); consumo por menos que 7 dias na semana de: frutas, verduras, legumes e leite; consumo de refrigerante diário.

- Estado de saúde: saúde auto-avaliada como ruim ou muito ruim; transtorno mental comum (TMC), avaliado por meio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), considerando-se acima de 8 pontos, presença de TMC¹⁶; morbidades referidas tendo sido diagnosticadas por algum profissional de saúde a partir de um *checklist*: hipertensão arterial, cardiopatia, asma,

bronquite, enfisema, tendinite, LER/DORT, problemas circulatórios; problemas de saúde auto-referidos sem diagnóstico de profissional de saúde: dor de cabeça frequente ou enxaqueca, dor nas costas ou problema na coluna, alergia, problema emocional, tontura ou vertigem, deficiência visual (total ou parcial), uso de óculos ou lentes de contato e uso de próteses dentárias; acidentes no último ano.

- Utilização dos serviços de saúde: procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista; hospitalizações nos últimos 12 meses; cirurgia na vida e nos últimos 12 meses; consulta odontológica nos últimos 12 meses; consumo de medicamentos nos últimos 3 dias; exames preventivos para homens de 40 a 59 anos: PSA e exame de toque retal no último ano; consulta médica de rotina para indivíduos portadores de hipertensão arterial.

As variáveis dependentes foram todas aquelas relacionadas aos comportamentos, condições de saúde e uso de serviços de saúde, enquanto a variável independente principal foi a escolaridade, categorizada em 0 a 8 e 9 ou mais anos de estudo. As variáveis demográficas e socioeconômicas foram usadas para caracterizar a população estudada. As razões de prevalência estimadas foram ajustadas por idade e, no caso do uso de serviços (consulta médica, hospitalização, cirurgias e consumo de medicamentos), por idade e número de doenças crônicas para controle do confundimento.

Para analisar as associações entre as variáveis dependentes e independentes, o teste qui-quadrado com nível de significância estatística de 5% foi utilizado, e as razões de prevalência brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança foram estimados empregando o modelo de regressão de *Poisson*. Os dados foram analisados por meio do *software Stata 11.0*, o qual considera os diferentes pesos dos indivíduos que

compõem a amostra, assim como o efeito de desenho amostral. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob o processo de número 079/2007.

Resultados

Foram analisados dados de amostra probabilística de 449 homens residentes em Campinas, com idades entre 20 e 59 anos e média de 37 anos ($IC_{95\%}$: 36,02-37,95). Nesta população, 35,7% ($IC_{95\%}$: 27,9-44,3) referiram 0 a 8 anos de estudo, enquanto o restante possuía 9 anos ou mais. Com exceção da religião, as características demográficas e socioeconômicas apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre os homens dos dois estratos de escolaridade (Tabela 1). Comparado ao estrato de maior escolaridade, o de menor escolaridade apresentou maiores proporções de indivíduos de cor da pele/raça não branca, naturais de outro estado, com menor renda e menor cobertura, tanto por planos médicos de saúde quanto por planos odontológicos. Com relação à ocupação atual, dentre os de menor escolaridade, há maior proporção de desempregados. No quesito número de bens, verifica-se que os que têm maior escolaridade apresentam maior proporção de posse de quinze bens ou mais no domicílio.

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde (Tabela 2), observa-se maior proporção de dependência de álcool, de frequência no consumo de bebida alcoólica por quatro ou mais vezes na semana, assim como tabagismo atual no segmento de menor escolaridade. Com relação à prática de atividade física no lazer, uma maior proporção de homens sedentários foi encontrada entre aqueles de menor escolaridade. Analisando-se o

consumo alimentar, observa-se maior proporção de consumo não diário (por menos de 7 dias na semana) de frutas, hortaliças e legumes dentre os que possuem 0 a 8 anos de estudo.

Considerando as condições de saúde (Tabela 3), a população masculina de menor escolaridade, apresentou maior prevalência de saúde auto-avaliada como ruim ou muito ruim, assim como presença de pelo menos uma doença crônica, hipertensão arterial, dor de cabeça frequente ou enxaqueca e dor ou problema na coluna. As demais morbidades não apresentaram associação com a escolaridade. A prevalência de deficiência visual foi significativamente mais elevada entre aqueles com menor nível de escolaridade, os quais também apresentaram menor uso de óculos ou lentes de contato em relação aos homens de maior escolaridade. O uso de prótese dentária teve prevalência mais elevada no segmento de menor escolaridade.

A análise do uso de serviços apontou diferença estatisticamente significativa apenas para o uso de serviços odontológicos no último ano, havendo menor probabilidade do estrato de menor escolaridade ter utilizado este serviço (Tabela 4). Em relação às outras variáveis de uso de serviços, não foram detectadas diferenças entre os dois segmentos de escolaridade.

Discussão

Os resultados deste estudo apontam a magnitude da desigualdade social existente entre os homens adultos de Campinas, sendo aqueles de menor escolaridade os menos favorecidos quanto a vários comportamentos relacionados à saúde, às condições de saúde e ao uso de serviços odontológicos.

A frequência do consumo de bebida alcoólica por quatro ou mais vezes na semana apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois segmentos sociais analisados (RP=2,97; IC_{95%}: 1,38-6,41), com maior prevalência no segmento de menor escolaridade. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo realizado em Campinas¹⁷. Em contrapartida, outras pesquisas apontaram maior prevalência de ingestão alcoólica excessiva no estrato de melhor nível de escolaridade^{18,19}.

A prevalência de dependência/uso abusivo de álcool, avaliado pelo AUDIT, foi de 15,9% e os homens de menor escolaridade apresentaram uma probabilidade 67% maior de serem dependentes de álcool quando comparados aos de maior escolaridade. Essa associação inversa entre escolaridade e dependência de álcool é coerente com os resultados de inquéritos de saúde realizados em Campinas em 2003²⁰, no estado de São Paulo, detectado pelo teste CAGE²¹ e no município gaúcho de Rio Grande²². Pode-se notar que não há um consenso quanto ao perfil do consumo frequente e do uso abusivo de álcool entre os diferentes níveis socioeconômicos, embora a maioria dos estudos aponte para a maior frequência de consumo no segmento de melhor nível socioeconômico, enquanto a dependência ocorre no segmento de pior nível socioeconômico²³.

No presente estudo, evidenciou-se associação entre o hábito de fumar e escolaridade, com maior prevalência de fumantes atuais entre os homens de menor escolaridade (36,7%). Essa prevalência supera as estimativas para os segmentos socialmente mais vulneráveis no Brasil (24,2%) e na cidade de São Paulo (28,0%) em inquérito de saúde telefônico realizado em 2006, considerando-se homens adultos de 18 anos e mais no referido estudo²⁴. A

observação da associação inversa entre escolaridade e tabagismo é consenso na literatura nacional e internacional^{18,25,26,27}.

No segmento com menor grau de instrução, 70,9% foram considerados sedentários na prática de atividade física no lazer, sendo estes 1,33 (IC_{95%}: 1,11-1,59) vezes mais prováveis de serem inativos do que os que possuem maior escolaridade. Associação inversa entre escolaridade e sedentarismo foi também encontrada em inquéritos de saúde realizados no estado de São Paulo, considerando homens de 18 a 59 anos²⁸ e na região metropolitana de Belo Horizonte¹⁸. O alto percentual de sedentarismo encontrado para Campinas sugere a carência de estímulo e de locais adequados para a prática das atividades físicas, especialmente para o estrato socioeconômico mais vulnerável.

O consumo de frutas, hortaliças e legumes por menos de 7 dias na semana alcançou razões de prevalência de 1,25 (IC_{95%}: 1,10-1,42), 1,55 (IC_{95%}: 1,27-1,90), 1,27 (IC_{95%}: 1,11-1,45) respectivamente na população masculina de menor nível de instrução em Campinas. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura^{29,30}.

A saúde auto-avaliada como ruim ou muito ruim correspondeu a 10,3% entre os homens com menor nível de escolaridade, sendo 2,91 (IC_{95%}: 1,97-7,09) vezes maior em comparação com os de maior escolaridade. Outros estudos também constataram associação inversa entre escolaridade e auto-avaliação da saúde^{31,32,33}. Dachs³¹ afirma que a idade é o fator mais importante do estado de saúde auto-percebido, entretanto a escolaridade e renda apresentam contribuições adicionais relevantes para esta dimensão da saúde.

A presença de pelo menos uma doença crônica esteve associada com a escolaridade, sendo maior a prevalência entre os que possuíam menor nível socioeconômico. Resultados semelhantes foram encontrados na população brasileira adulta de 18 anos ou mais por meio dos dados da PNAD 2008³⁴ e na população com 30 anos ou mais, investigada pelo VIGITEL/2006³⁵. Internacionalmente esta relação também foi observada^{36,37}.

Com exceção da alergia, todas as doenças crônicas e problemas de saúde auto-referidos apresentaram maior prevalência no segmento de menor escolaridade. No entanto, diferenças estatisticamente significativas foram observadas apenas para hipertensão, dor de cabeça frequente ou enxaqueca, dor nas costas ou problema na coluna e deficiência visual.

A hipertensão arterial esteve associada com a escolaridade, apresentando maior prevalência entre homens com menos anos de estudo. Achados semelhantes foram observados entre adultos brasileiros de 20 a 64 anos, apontando para a desigualdade entre diferentes segmentos sociais, considerando-se a renda familiar *per capita*³⁸, na população de 18 a 39 anos no *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES), realizados entre 1999 e 2004, nos Estados Unidos³⁹ e entre homens americanos com 20 anos ou mais⁴⁰.

Assim como na presente pesquisa, a presença de dor de cabeça e de dor na coluna esteve associada à escolaridade, com maiores prevalências à medida que diminuía a escolaridade em Portugal⁴¹ e em Pelotas, Rio Grande do Sul⁴², sendo essa relação mediada pela maior exposição dos indivíduos de menor escolaridade a sobrecargas ergonômicas, tanto no domicílio quanto no trabalho, entre outros fatores⁴³.

A deficiência visual esteve associada à escolaridade, sendo mais prevalente no estrato de menor nível socioeconômico, assim como observado em outros estudos realizados em quatro cidades de São Paulo⁴⁴, em Campinas²³ e nos Estados Unidos⁴⁵. Esta associação inversa ocorre provavelmente pelo fato de as pessoas com menor renda e educação possuírem menor acesso a serviços que permitam a detecção de suas deficiências visuais ou o acesso a óculos e lentes de contato. Esta última suposição é constatada neste estudo, em que verifica-se menor probabilidade de homens com menor nível de escolaridade usarem óculos ou lentes de contato.

O uso de prótese dentária esteve associado à escolaridade, com maior prevalência no segmento de menor nível de instrução. Esse dado chama a atenção para a ocorrência de perdas dentárias precoces, que é um marcador de desigualdade social⁴⁶ e reflexo do menor acesso a serviços odontológicos de qualidade.

À exceção do atendimento odontológico, não houve diferença estatisticamente significativa entre os homens dos distintos segmentos de escolaridade com relação ao uso dos demais serviços, o que poderia indicar uma tendência de equidade de acesso em Campinas quanto ao uso de serviços em geral. Embora possam não ter sido detectadas diferenças estatísticas entre os dois segmentos de escolaridade quanto ao uso de serviços por causa do tamanho da amostra, resultado semelhante foi encontrado na população idosa de Campinas no mesmo inquérito domiciliar a que o presente estudo se refere, sugerindo que no município a organização do sistema de saúde estaria propiciando maior equidade de acesso²³.

Com relação ao uso de serviços odontológicos, os achados deste estudo são condizentes com outros realizados no país, os quais apontaram para a presença de desigualdades socioeconômicas, avaliadas por meio da renda ou escolaridade, sendo que as pessoas dos estratos sociais mais vulneráveis utilizaram menos os serviços (RP=0,61; IC_{95%}: 0,45-0,82)^{47,48}. Dados da PNAD/2008 revelaram diminuição da desigualdade socioeconômica no uso de serviços odontológicos ao longo dos anos, porém ainda com persistente grau de desigualdade na atualidade⁴⁹. A não utilização dos serviços odontológicos está associada não apenas a questões socioeconômicas⁵⁰, mas também à oferta de serviços de saúde bucal públicos escassos⁵¹.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. Uma delas se refere ao tamanho da amostra, que embora suficiente para estimar a maior parte das prevalências analisadas, revela-se insuficiente para morbidades e ventos pouco frequentes. Outra limitação é o fato de o estudo ser baseado em informações auto-referidas, estando sujeito a vieses de informação, podendo sub ou superestimar as prevalências encontradas, a exemplo dos comportamentos socialmente indesejáveis, os quais tendem a ser subestimados²³. Além disso, este tipo de estudo, de corte transversal, não permite estabelecer inferências causais entre as variáveis analisadas. Cabe ressaltar também que é possível que a desigualdade social aqui evidenciada em relação à presença de morbidades possa estar subestimada se for considerado o fato de que a população com menor grau de escolaridade, por ter menor acesso a serviços de saúde de qualidade e a melhores meios diagnósticos, tende a sub-referir esta informação³⁴.

Este estudo tem relevância por ser o primeiro a utilizar dados de inquérito de saúde para analisar as desigualdades sociais em saúde na população de homens adultos jovens brasileiros, público-alvo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Os achados aqui evidenciados podem contribuir no direcionamento equitativo das ações estratégicas propostas pelo Plano de Ação Nacional da PNAISH⁵², desenvolvidas no âmbito do SUS, considerando a magnitude das desigualdades sociais observadas na maior parte dos comportamentos relacionados à saúde, nas prevalências de algumas morbidades e no uso dos serviços odontológicos. Estudos como este são necessários para revelar e monitorar os determinantes da saúde dos homens, trazendo para discussão a importância de implementar ações inter-setoriais que extrapolem o setor saúde, favorecendo a melhoria dos indicadores de saúde e diminuição da mortalidade precoce na população masculina.

Colaboradores

T.F. Bastos elaborou a proposta e redação do artigo, planejou, programou e executou as análises estatísticas. M.C.G.P. Alves orientou a revisão da literatura, a análise dos dados e a redação do artigo. M.B.A. Barros colaborou na revisão da literatura e na redação do artigo. C.L.G. Cesar colaborou na redação do artigo.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de mestrado de T.F. Bastos. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Processo n ° 409747/2006-8) pelo financiamento da pesquisa e pela bolsa de produtividade de M. B. A. Barros. Ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Saúde de Campinas pelo apoio financeiro para a realização do inquérito (Convênio Unicamp/Funcamp/SMS n ° 4300).

Referências bibliográficas

1. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 97-104.
2. Laurenti R, Jorge MHPM, Goltlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):35-46.
3. CCAS – Centro Colaborador de Análise da Situação de Saúde [homepage da internet]. Boletim de Mortalidade em Campinas: Mortalidade e Gênero; c2008 [atualizado em 10 jun 2011; acesso em 10 jun 2011]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/bo42.pdf>
4. Sala A, Mendes JDV. Perfil da mortalidade masculina no Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista – Bepa* Outubro 2010; 7(82).
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aspectos demográficos. In: Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: 2010; p. 27-44.
6. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health* 1987, 12(2):103-45.
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial União*. 28 ago 2009.
8. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-401.
9. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(5):901-11.

10. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO et al. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços de saúde entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Coletiva* 2008; 05(24):189-94.
11. Muntaner C, Borrell C, Benach J et al. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol* 2003; 32:950-8.
12. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990's. *Soc Sci Med* 1997; 44(6):773-87.
13. Alves MCGP [homepage na internet]. ISA-Campinas 2008/09: plano de amostragem. [Acesso em: 29 mar 2012]. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf.
14. Barbor TE, La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1992.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000. (Technical Report Series, 894).
16. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
17. Barros MBA, Marín-León L, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Botega NJ. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(4):259-70.
18. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13(4):201-8.

19. Malyutina S, Bobak M, Kurilovitch D, Nikitin Y, Marmot M. Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol and Alcoholism* 2004; 39(1):64-69.
20. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarrrondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):502-9.
21. Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):314-25.
22. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a populationbased study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction* 2003; 98(6):799-804.
23. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(Sup 2):198-208.
24. Azevedo e Silva G, Valente JG, Almeida LM, et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (supl 2):48-56.
25. Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational Inequalities in Initiation, Cessation, and Prevalence of Smoking Among 3 Italian Birth Cohorts. *Am J Public Health* 2007; 97(5).
26. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Costa e Silva VL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneumol* 2010; 36(1):75-83.
27. Moura EC, Silva SA, Malta DC, Morais Neto OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(3):486-96.

28. Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(3):387-99.
29. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Sup:S19-S24.
30. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Factors associated with fruit and vegetable intake among adults of the city of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5).
31. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):641-57.
32. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(supl 2):27-37.
33. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, Oliveira MC, Arruda MP, Peres KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5):901-11.
34. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendência das desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3755-68.
35. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):38-47;
36. Macintyre S, Der G, Norrie J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? *Int J Epidemiol* 2005; 34(6):1284-90.
37. Westert GP, Schellevis FG, de Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005; 15(1):59-65.

38. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):813-824.
39. Grebla RC, Rodriguez CJ, Borrell LN, Pickering TG. Prevalence and Determinants of Isolated Systolic Hypertension among Young Adults: the 1999 – 2004 U.S. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Hypertens.* 2010; January ; 28(1): 15–23.
40. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Berkman L, Lang T. Impact of Social Position on the Effect of Cardiovascular Risk Factors on Self-Rated Health. *Am J Public Health* 2009; 99(7).
41. Rabiais S, Nogueira PJ, Falcão JM [homepage na internet]. A dor na população portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos (2002); c2003 [atualizado em 12 set 2011; acesso em 18 set 2011]. Disponível em: <http://www.doentescomcancro.org/uhdc/pdfs/EstudoDorPopulacaoPortuguesa.pdf>
42. Silva MC, Fassa ACG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):377-85.
43. Vogt M. Prevalência e severidade da dor, cervical e lombar, nos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Santa Maria [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
44. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1773-82.
45. Rysculova A, Turczyn K, Makuc DM, Cotch MF, Klein RJ, Janiszewski R. Self-Reported Age-Related Eye Diseases and Visual Impairment in the United States: Results of the 2002 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 2008; 98(3).

46. Hung HC, Colditz G, Joshipura KJ. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:167-73.
47. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5):1063-72.
48. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1):150-62.
49. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços de saúde, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
50. Gilbert HG. Access to and patterns of use of oral health care among elderly veterans. *Med Care* 1995; 33:78-89.
51. Moreira RS; Nico LS; Tomita NE; Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1665-75.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF); 2009.

Tabela 1: Características (em porcentagem) socioeconômicas e demográficas da população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

Variáveis	N	Escolaridade (em anos)		Total (%)	Valor de p
		0 a 8(%) (n=166)	9 e mais(%) (n=283)		
Faixa etária (em anos)					0,0003
20 a 29	155	23,5	41,7	35,2	
30 a 39	101	21,6	23,7	22,9	
40 a 49	98	24,7	19,2	21,2	
50 a 59	95	30,2	15,4	20,7	
Raça/cor					0,0006
Branca	327	60,4	80,5	73,3	
Não branca	120	39,6	19,5	26,7	
Naturalidade					0,0002
Campinas	179	28,8	46,5	40,1	
Outro município/SP	136	27,8	31,7	30,3	
Outro estado	134	43,5	21,9	29,6	
Religião					0,4855
Católica	220	45,1	51,4	49,1	
Evangélica	131	32,6	27,0	29,0	
Sem religião/outras	96	22,3	21,6	21,9	
Situação Conjugal					0,0003
Casado no civil	208	50,1	43,7	46,0	
União estável	72	23,7	11,7	16,0	
Desquitado/viúvo	36	8,5	7,6	7,9	
Solteiro	133	17,7	37,0	30,1	
Nº pessoas no domicílio					0,0004
1 a 2	104	21,6	24,2	23,3	
3 a 4	226	39,7	56,6	50,6	
≥5	119	38,6	19,3	26,2	
Ocupação atual					0,0121
Trabalhando	383	81,4	87,6	85,4	
Desempregado	33	10,3	5,5	7,2	
Aposentado/pens.	22	7,7	3,0	4,7	
Estudante/outras	11	6,1	3,8	2,7	
Tipo de trabalhador					0,0074
Assalariado	310	63,2	75,6	71,1	
Autônomo/Outros	126	36,8	24,4	28,9	
Número de bens no domicílio					<0,0001
<10	170	60,3	24,5	37,3	
10 a 14	140	25,3	34,3	31,1	
15 e mais	138	14,4	41,2	31,6	
Renda familiar (SM)					<0,0001
≤1	171	56,0	27,1	37,4	
>1 a 3	194	39,1	45,2	43,0	
>3	84	4,9	27,7	19,6	
Posse de plano de saúde					<0,0001
Sim	189	14,3	58,9	43,0	
Não	260	85,7	41,1	57,0	
Posse de plano odontológico					<0,0001
Sim	88	6,0	27,9	20,1	
Não	361	94,0	72,1	79,9	

Tabela 2: Prevalência (%) e razões de prevalência de comportamentos relacionados à saúde da população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

Variáveis	Escolaridade		Valor de p*	RP bruta	RP ajustada**
	0 a 8 n=166	9 ou mais n=283			
Consumo de álcool ≥ 4 vezes/sem.	17,4	4,3	0,0002	4,06 (1,91-8,62)	2,97 (1,38-6,41)
Dependência de álcool	21,7	12,6	0,0181	1,72 (1,10-2,67)	1,67 (1,03-2,70)
Fumante atual	36,7	18,2	<0,001	1,15 (1,09-1,23)	1,15 (1,08-1,23)
Cessação do hábito de fumar	29,8	35,5	0,4281	0,84 (0,54-1,30)	0,79 (0,54-1,15)
Fumante passivo	18,1	19,2	0,9981	1,00 (0,58-1,72)	1,17 (0,65-2,12)
Sedentário na AFL	70,9	50,0	0,0004	1,42 (1,20-1,67)	1,33 (1,11-1,59)
Consumo de frutas <7 dias/sem.	77,7	66,2	0,0118	1,17 (1,04-1,33)	1,25 (1,10-1,42)
Consumo de hortaliças <7 dias/sem.	68,5	46,7	0,0003	1,47 (1,21-1,78)	1,55 (1,27-1,90)
Consumo de legumes <7 dias/sem.	77,1	63,1	0,0028	1,22 (1,08-1,38)	1,27 (1,11-1,45)
Consumo de leite <7 dias/sem.	54,6	51,7	0,5608	1,06 (0,87-1,28)	1,07 (0,86-1,32)
Consumo de refrigerante 7 dias/sem.	26,5	24,5	0,7027	1,08 (0,71-1,64)	1,69 (0,76-1,80)

* Valor de p do teste qui-quadrado;

** Razão de Prevalência (RP) ajustada por idade; categoria de referência: 9 ou mais anos de escolaridade.

Tabela 3: Prevalência (%) e razões de prevalência do estado de saúde da população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

Variáveis	Escolaridade		Valor de p*	RP bruta	RP ajustada**
	0 a 8 n=166	9 ou mais n=283			
Autoaval. da saúde ruim e muito ruim	10,3	3,1	0,0048	3,34 (1,40-7,99)	2,91 (1,19-7,09)
TMC	10,4	5,3	0,0422	1,94 (1,02-3,69)	1,74 (0,87-3,45)
Morbidade nos últimos 15 dias	15,1	14,5	0,8650	1,04 (0,64-1,69)	1,01 (0,62-1,65)
Pelo menos uma doença crônica	41,6	25,8	0,0018	1,61 (1,20-2,16)	1,36 (1,02-1,79)
Hipertensão	19,1	7,3	0,0004	2,60 (1,54-4,39)	1,85 (1,11-3,09)
Doenças cardíacas	3,6	2,5	0,4662	1,44 (0,53-3,94)	1,14 (0,39-3,37)
Asma/bronquite/enfisema	3,0	2,5	0,7343	1,20 (0,41-3,47)	1,33 (0,44-3,96)
Tendinite/LER/DORT	6,2	3,6	0,1533	1,71 (0,81-3,63)	1,57 (0,68-3,60)
Problemas de circulação	7,8	3,8	0,0827	2,04 (0,89-4,66)	1,45 (0,63-3,37)
Dor de cabeça/enxaqueca	29,6	15,7	0,0031	1,89 (1,26-2,82)	2,01 (1,35-2,98)
Dor nas costas/prob. Coluna	35,4	22,4	0,0084	1,58 (1,14-2,19)	1,44 (1,03-2,01)
Alergia	16,9	26,4	0,0497	0,64 (0,40-1,02)	0,69 (0,43-1,10)
Problema emocional	12,1	11,1	0,7583	1,09 (0,62-1,91)	0,95 (0,54-1,66)
Tontura/vertigem	7,1	4,3	0,1347	1,64 (0,85-3,20)	1,47 (0,79-2,75)
Insônia	12,1	8,2	0,2941	1,47 (0,71-3,06)	1,19 (0,57-2,45)
Excesso de peso	52,7	47,9	0,4591	1,10 (0,85-1,42)	1,02 (0,80-1,30)
Obeso	13,4	16,6	0,4472	0,80 (0,45-1,43)	0,68 (0,38-1,20)
Deficiência visual	17,6	6,6	0,0011	2,67 (1,48-4,80)	2,03 (1,13-3,64)
Uso de óculos/lentes	32,0	39,1	0,1688	0,82 (0,61-1,10)	0,65 (0,51-0,82)
Uso de prótese dentária	21,0	7,6	0,0001	2,76 (1,70-4,48)	1,93 (1,18-3,16)
Acidentes no último ano	9,8	9,1	0,8091	1,08 (0,57-2,04)	1,19 (0,62-2,27)

* Valor de p do teste qui-quadrado;

** Razão de Prevalência (RP) ajustada por idade; categoria de referência: 9 ou mais anos de escolaridade.

Tabela 4: Prevalência (%) e razões de prevalência da utilização de serviços pela população masculina de 20 a 59 anos, segundo escolaridade (em anos). ISACamp 2008/2009.

Variáveis	Escolaridade		Valor de p *	RP bruta	RP ajustada
	0 a 8 n=166	9 ou mais n=283			
Consulta médica últimos 15 dias	11,6	15,4	0,3105	0,75 (0,42-1,33)	0,59 (0,31-1,15) ^a
Hospitalização no último ano	8,3	5,9	0,2837	1,41 (0,75-2,65)	1,10 (0,58-2,06) ^a
Cirurgia no último ano	6,7	11,6	0,2893	0,57 (0,20-1,67)	0,52 (0,18-1,52) ^a
Uso de medicamentos nos últimos 3 dias	44,8	38,8	0,2327	1,16 (0,91-1,46)	0,90 (0,72-1,12) ^a
Consulta ao dentista no último ano	39,6	62,8	0,0015	0,63 (0,47-0,85)	0,61 (0,45-0,82)^b
PSA (40 a 59 anos)	41,7	55,4	0,1007	0,89 (0,74-1,07)	0,87 (0,73-1,05) ^b
Exame de toque (40 a 59 anos)	26,0	34,3	0,1927	0,94 (0,81-1,08)	0,93 (0,79-1,08) ^b
Consulta de rotina entre hipertensos	56,6	75,3	0,2018	0,75 (0,49-1,14)	0,73 (0,48-1,10) ^b

* Valor de p do teste qui-quadrado;

^a Razão de Prevalência (RP) ajustada por idade e número de doenças crônicas; categoria de referência: 9 ou mais anos de escolaridade;

^b Razão de Prevalência (RP) ajustada por idade; categoria de referência: 9 ou mais anos de escolaridade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo apontam para desigualdade social existente entre diferentes segmentos do gênero masculino de Campinas, em que observa-se maior prejuízo sobre a saúde do segmento de menor nível de escolaridade. Os resultados permitiram identificar as especificidades de cada subgrupo e o que deve ser beneficiado menos ou mais nas ações de promoção da saúde propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

A associação da escolaridade com o consumo e dependência de álcool, o tabagismo atual, o sedentarismo na atividade física em contexto de lazer e consumo de frutas, verduras e legumes por menos de sete dias (não diário) reforça a hipótese da determinação social desses comportamentos. Dessa forma, a OMS (WHO, 2003) salienta o investimento em políticas públicas que visem a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, passando por aspectos como educação, legislação e regulamentação. Um bom exemplo disto é a Lei Antifumo, Lei 13.541 de 07 de maio de 2009 (São Paulo, 2009), que proíbe o fumo em ambientes fechados de uso coletivo, evitando a exposição de não fumantes ao tabaco.

Muitos destes comportamentos evitáveis levam ao desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis as quais apresentaram maiores prevalências no segmento de menor escolaridade. O acometimento por estas morbidades podem levar à mortalidade precoce e limitações que impactam no desenvolvimento econômico do país, se considerarmos que os homens jovens são a força produtiva do país.

No que se refere ao uso de serviços de saúde, com exceção da utilização dos serviços odontológicos, não foi constada disparidade social na população masculina adulta de Campinas, o que pode estar relacionado a um provável investimento do poder público em

melhorias no sistema de saúde e facilitação do acesso aos serviços de saúde do município no ano analisado.

Conforme apontado por Evans et al. (2011) a *masculinidade* é um determinante social que, em interação com outros determinantes sociais, pode produzir déficits sobre a saúde. De acordo com a literatura, ao considerar-se o nível socioeconômico, o segmento menos favorecido tende a assumir comportamentos indesejáveis, a exemplo do consumo e uso abusivo de álcool e tabagismo, acreditando que desta forma está aproximando-se do ideal de *masculinidade*. Investigações futuras que considerem a *masculinidade* são necessárias para melhor compreensão do comportamento do gênero masculino frente aos aspectos relacionados à saúde.

O nível de escolaridade mostrou-se um bom indicador para a discriminação dos subgrupos da população masculina. Esta é uma informação bastante valiosa dos inquéritos de saúde e, neste caso, conseguiu captar parte das desigualdades sociais existentes nos comportamentos evitáveis e quanto às morbidades crônicas que têm sido grande preocupação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. A partir deste e de inquéritos futuros realizados periodicamente, será possível monitorar e avaliar as ações estratégicas propostas pela PNAISH, bem como avaliar se o SUS está conseguindo atrair a população masculina para os serviços de prevenção, atendendo equitativamente seus diferentes segmentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves MCGP [homepage na internet]. ISA-Campinas 2008/09: plano de amostragem. [Acesso em: 29 mar 2012]. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf.

Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5):1063-72.

Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990's. *Soc Sci Med* 1997; 44(6):773-787.

Aquino EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):19-22.

Azevedo e Silva G, Valente JG, Almeida LM, et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (supl 2):48-56.

Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *154 Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1):150-62.

Barbor TF, Higgings-Biddle JC, Sauders JB, Monteiro MG. AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; 2003.

Barbor TE, La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1992.

Barbosa J, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002; 12(6).

Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):38-47.

Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan Am J Public Health* 2004; 16:110-7.

Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):502-9.

Barros MBA, César CLV, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4):911-926.

Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(Sup 2):198-208.

- Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1):6-19.
- Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendência das desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3755-68.
- Barros MBA, Marín-León L, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Botega NJ. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(4):259-70.
- Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(supl 2):27-37.
- Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):71-80.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial União*. 28 ago 2009a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF); 2009b.
- Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):97-104.
- Buss P, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes. *PHYSIS*. 2007; 17(1):77-93;
- CCAS – Centro Colaborador de Análise da Situação de Saúde [homepage da internet]. Boletim de Mortalidade em Campinas: Mortalidade e Gênero; c2008 [atualizado em 10 jun 2011; acesso em 10 jun 2011]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/bo42.pdf>
- Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação – TabNet. Coordenadoria de Informação e Informática. Disponível em: <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/> Acesso em: 23/07/2010.
- Campinas. Lei nº 13.694, de 02 de outubro de 2009. Institui o Programa Municipal de Saúde do Homem e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*. 06 jun 2010.
- Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1773-82.
- Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação dos serviços de saúde: um estudo da região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989–1990. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(supl 2):59–70.

- CNDSS. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.
- Connell RW. Gender and power: society, the person and sexual politics. Stanford, CA: Stanford University Press; 1987.
- Connell RW. Masculinities. Sydney: Allen & Unwin; 1995.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-1401.
- Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):641-57.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Berkman L, Lang T. Impact of Social Position on the Effect of Cardiovascular Risk Factors on Self-Rated Health. *Am J Public Health* 2009; 99(7).
- Diaz MD. Socio-economic health inequalities in Brazil: gender and age effects. *Health Econ* 2002; 11:141-54.
- Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol* 2008; 37:1095-1105.
- Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, illness, men and masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *J Men's Health* 2011; 8(1):7-15.
- Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational Inequalities in Initiation, Cessation, and Prevalence of Smoking Among 3 Italian Birth Cohorts. *Am J Public Health* 2007; 97(5).
- Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Factors associated with fruit and vegetable intake among adults of the city of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5).
- Gilbert HG. Access to and patterns of use of oral health care among elderly veterans. *Med Care* 1995; 33:78-89.
- Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):90-9.
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(3):565-574.

- Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2006; 22(5):901-911.
- Grebla RC, Rodriguez CJ, Borrell LN, Pickering TG. Prevalence and Determinants of Isolated Systolic Hypertension among Young Adults: the 1999 – 2004 U.S. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Hypertens* 2010; 28(1):15–23.
- Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):314-25.
- Hipocrates. Aires, aguas y lugares. En: Buck, C, Llopis A, Najera E, Terris M, eds. *El desafio de la epidemiología*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud 1988. Pp. 18–19. (Publicación Científica no 505).
- Huisman M, Kunst AE, Bopp M et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005; 365:493–500.
- Hung HC, Colditz G, Joshipura KJ. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:167-73.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aspectos demográficos. In: *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 27) 2010; 27-44.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage da internet]. *Assistência Médica Sanitária 200*. [Acesso em 05 mar 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage da internet]. *Censo Demográfico 2010: população por município* [Acesso em 05 jan 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage da internet]. *Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003* [Acesso em 05 mar 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
- Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Sup:S19-S24.
- Laurenti R, Jorge MHPM, Goltlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):35-46.

- Laurenti R. Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13(4):201-8.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):813-824.
- Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO et al. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços de saúde entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Coletiva* 2008; 05(24):189-194.
- Macintyre S, Der G, Norrie J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? *Int J Epidemiol* 2005; 34(6):1284-90.
- Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Costa e Silva VL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneumol* 2010; 36(1):75-83.
- Malyutina S, Bobak M, Kurilovitch D, Nikitin Y, Marmot M. Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol and Alcoholism* 2004; 39(1):64-69.
- Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365:1099-104.
- Mckinlay E. Men and health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences. Otago University 2005.
- Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a populationbased study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction* 2003; 98(6):799-804.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial União*. 28 ago 2009.
- Moreira RS; Nico LS; Tomita NE; Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1665-75.

Moura EC, Silva SA, Malta DC, Morais Neto OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(3):486-96.

Muntaner C, Borrell C, Benach J et al. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol* 2003; 32:950-958.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde – Documento para discussão. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro, 2011.

Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, Oliveira MC, Arruda MP, Peres KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5):901-11.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):687-707.

Rabiais S, Nogueira PJ, Falcão JM [homepage na internet]. A dor na população portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos (2002); c2003 [atualizado em 12 set 2011; acesso em 18 set 2011]. Disponível em:
<http://www.doentescomcancro.org/u hdc/pdfs/EstudoDorPopulacaoPortuguesa.pdf>

Rasanathan K et al. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65:656-660.

Rohlfs I, Borrell C, Artazcoz L, et al. The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(Suppl II):ii20–ii25.

Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Universidade Estadual Paulista (UNESP)/HUCITEC/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); 1994.

Rysculova A, Turczyn K, Makuc DM, Cotch MF, Klein RJ, Janiszewski R. Self-Reported Age-Related Eye Diseases and Visual Impairment in the United States: Results of the 2002 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 2008; 98(3).

Sabo D. Men's health studies: origins and trends. *J Am Coll Health* 2000; 49:133-142.

Sala A, Mendes JDV. Perfil da mortalidade masculina no Estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista – Bepa* Outubro 2010; 7(82); Disponível em:
<http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa82_gais.htm>. Acesso em: 08/06/2011.

São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Lei Nº 13.541, de 7 de maio de 2009. Disponível em: <
<http://www.leiantifumo.sp.gov.br/usr/share/documents/legislacao.pdf>>. Acesso em 23/11/11.

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):7-17.

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

Snow J. Sobre a maneira de transmissão do cólera. 2nd ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); 1990.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Geneva, OMS, 2010. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf;

Statacorp. *Stata Statistical Software*: release 8. Texas: College Stations, Stata Corporation, 2003.

Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health* 1987, 12(2):103-45.

Vogt M. Prevalência e severidade da dor, cervical e lombar, nos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Santa Maria [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Westert GP, Schellevis FG, de Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005; 15(1):59-65.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22(3):429-45.

WHO. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003. WHO Technical Report Series n. 916.

WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000. (Technical Report Series, 894).

WHO. World Health Organization [homepage da internet]. What do we mean by "sex" and "gender"? [Acesso em 15 dez 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>.

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

7. ANEXOS



UNICAMP

**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



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

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

A 06. Resultado da visita: |_|_|

A 07. Código do entrevistador: |_|_|_|

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

Observações:

	conferido	digitado
nome		
data		

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

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

A 11. Quadro de moradores no domicílio:

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

Relação com o responsável pela família:

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

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



UNICAMP

**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



FOLHA DE CONTROLE **Bloco B**

B 01. Número do questionário: |_|_|_|_|_|_|_|_|

B 02. Setor: |_|_|_|_|

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

B 03. Número do domicílio: |_|_|_|_|_|

B 04. Número da Família: |_|

B 05. Número de ordem do entrevistado: |_| / |_|

B 06. Data de nascimento: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

B 07. Sexo: 1. masculino 2. feminino

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

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

B 08. N.º de visitas realizadas: |_|

B 09. Resultado final das visitas: |_|

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

B 11. Duração da entrevista: |_|_|_| minutos **B 12.** Código do entrevistador: |_|_|

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

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

Observações:

	conferido	codificado	digitado
nome			
data			

MORBIDADE BLOCO C

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

1. sim 2. não → **passa 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 → **passa 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

Alguns médicos ou outros profissionais de saúde já disseram que você tem alguma das seguintes doenças? (Se sim) Esta doença limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

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

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

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

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

HIPERTENSÃO **bloco C1**

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

|_|_| anos

99. NS/NR

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

1. dieta sem sal
2. regime para perder/manter peso
3. atividade física
4. toma medicação de rotina
5. toma medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não faz nada
- 7.

outro: _____

—

9. NS/NR

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

1. não
2. não, só quando tem problema
3. sim → **passo para C1 05**
9. NS/NR

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

1. dificuldades financeiras
2. dificuldades de acesso ao serviço
3. não acha necessário
4. não tem tempo
5. não sabe quem procurar/onde ir
- 6.

outros: _____

9. NS/NR

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

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

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

1. não
2. sim
9. NS/NR

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

1. não
2. sim
9. NS/NR

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

1. dieta sem sal
2. regime para perder/ manter peso
3. atividade física
4. tomar medicação de rotina
5. tomar medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não fazer nada
- 7.

outro: _____

9. NS/NR

Se o entrevistado referiu:
diabetes → **bloco C2**
problema emocional → **bloco C3**
demais → **bloco D**

DIABETES

bloco C2

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

|_|_| anos

99. NS/NR

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

01. dieta alimentar

02. regime para perder/manter peso

03. atividade física

04. toma insulina de rotina

05. toma insulina quando tem problema

06. toma medicamento oral de rotina

07. toma medicamento oral quando tem problema

08. não faz nada

09. outro: _____

99. NS/NR

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

1. não

2. não, só quando tem problema

3. sim → **passe para C2 05**

9. NS/NR

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

1. dificuldades financeiras

2. dificuldades de acesso ao serviço de saúde

3. não acha necessário

4. não tem tempo

5. não sabe quem procurar/onde ir

6. outro: _____

9. NS/NR

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

1. no último mês

2. de 1 mês a 6 meses

3. mais de 6 meses a 1 ano

4. mais de 1 ano a 5 anos

5. mais de 5 anos

9. NS/NR

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

1. não

2. sim

9. NS/NR

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

1. não

2. sim, problema de vista

3. sim, problema nos rins

4. sim, problema circulatório

5. outra: _____

9. NS/NR

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

1. não

2. sim

9. NS/NR

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

01. dieta alimentar

02. regime para perder/ manter peso

03. atividade física

04. tomar insulina de rotina

05. tomar insulina quando tiver problema

06. tomar medicamento oral de rotina

07. tomar medicamento oral quando tiver problema

08. não fazer nada

09. outro: _____

99. NS/NR

problema emocional → **bloco C3**

demais → **bloco D**

PROBLEMA EMOCIONAL bloco C3

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

_____ | |_| |_| |_| |_|

C3 02. Há quanto tempo você tem esse problema?

| |_| | anos 99. NS/NR

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

1. sim → **passa para C3 05**
2. não
9. NS/NR

C3 04. Por que não procurou? (+1)

1. dificuldades financeiras
2. preconceito/vergonha
3. não achou necessário
4. não tem tempo
5. não sabe quem procurar/ onde ir
6. outro: _____
9. NS/NR

→ **passa para C3 12**

C3 05. Você recebeu atendimento?

1. sim → **passa para C3 07**
2. não
9. NS/NR

C3 06. Por que não foi atendido? (+1)

1. não tinha médico ou o profissional necessário no serviço
2. não tive mais tempo
3. não tinha vaga
4. outro: _____
9. NS/NR

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

1. unidade básica de saúde
2. CAPS: _____
3. consultório médico

4. pronto socorro/emergência
5. hospital
6. outro: _____
9. NS/NR

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

1. psicoterapia
2. toma medicação de rotina
3. toma medicação quando tem “problema”
4. não faz nada
5. outro: _____
9. NS/NR

C3 09. Você paga diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passa para C3 11**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

C3 10. Quem cobre os gastos deste atendimento?

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

C3 11. Você está satisfeito com o atendimento recebido?

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

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

1. fornecer psicoterapia
2. fornecer tratamentos alternativos
3. fornecer a medicação necessária
4. facilitar consultas com profissional especializado
5. outro: _____
9. NS/NR

ACIDENTES

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

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

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

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

_____ |_|_|_|_|

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

_____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|

D 05. Em que local o acidente ocorreu?

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

D 06. Esse acidente limitou as suas atividades habituais?

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

D 08. Precisou ficar acamado?

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

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

- 1. não

- 2. sim

VIOLÊNCIAS

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

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

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

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

_____ |_|_|_|_|

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

_____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|

D 15. Em que local a violência ocorreu?

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

D 16. Essa violência limitou as suas atividades habituais?

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

D 18. Precisou ficar acamado?

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

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

- 1. não
- 2. sim

Agora vamos falar sobre como você vem se sentindo nos últimos 30 dias, se tem sentido tristeza, nervosismo e outros sentimentos...

Farei uma série de perguntas sobre problemas e dores que podem ter incomodado você nestes 30 dias. Você responderá apenas sim ou não, dando a resposta que mais se aproximar da sua realidade. Caso tenha algum comentário, por favor aguarde e faça-o no final após eu concluir. Volto a lembrar que todos esses dados são confidenciais.

Você teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias?	Não	Sim
E 01. Tem dores de cabeça freqüentes?	1	2
E 02. Tem falta de apetite?	1	2
E 03. Dorme mal?	1	2
E 04. Assusta-se com facilidade?	1	2
E 05. Tem tremores nas mãos?	1	2
E 06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1	2
E 07. Tem má digestão?	1	2
E 08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
E 09. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
E 10. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
E 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
E 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
E 13. Tem dificuldades no serviço, seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento? (estudante → escola; dona de casa, aposentado → tarefas diárias)	1	2
E 14. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	1	2
E 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
E 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
E 17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1	2
E 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1	2
E 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
E 20. Você se cansa com facilidade?	1	2

Algumas vezes as pessoas passam por muitos problemas e sofrimentos e pensam em por fim às suas vidas.

E 21. Alguma vez você já pensou seriamente em por fim sua vida?

1. não → **passe para o próximo bloco**
2. sim 9. NS/NR

E 22. Alguma vez na vida, você já traçou um plano para cometer suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

E 23. Alguma vez na vida você tentou suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

Vou repetir as mesmas perguntas, agora em relação aos últimos 12 meses:

E 24. O pensamento de por fim a sua vida, lhe ocorreu alguma vez nos últimos 12 meses?

1. não → **passe para o próximo bloco**
2. sim 9. NS/NR

E 25. Você fez algum plano sobre isso nos últimos 12 meses?

1. não 2. sim 9. NS/NR

E 26. Nos últimos 12 meses você tentou suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

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

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

PARA TODAS AS PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

USO DE SERVIÇOS BLOCO G

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

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

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

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

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

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

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

1. sim
2. não → **passa para G 09**

G 05. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

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

G 06. Quem cobriu os gastos deste atendimento?

1. SUS

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

G 07. Neste atendimento foi pedido ou realizado:

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

G 08. O que você achou do atendimento recebido?

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

→ **passa para G 10**

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

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

HOSPITALIZAÇÕES E CIRURGIAS

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

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

G 11. Quantas vezes?

____ hospitalizações 99. NS/NR

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

_____ | | | | |

G 13. Você pagou diretamente por esta hospitalização?

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

G 14. Quem cobriu os gastos com essa hospitalização?

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

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

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

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

____ cirurgias 99. NS/NR

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

_____ | | | | |

_____ | | | | |

_____ | | | | |

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

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

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

_____ | | | | |

G 20. Você pagou diretamente por essa cirurgia?

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

G 21. Quem cobriu os gastos dessa cirurgia?

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

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

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

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

G 23. Qual o motivo da procura? +1

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

G 24. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

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

G 25. Quem cobriu os gastos?

1. SUS
 2. convênio empresa: _____
 3. plano individual de saúde: _____
 4. outro: _____
 9. NS/NR
- **passo para G 27**

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

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

PLANOS DE SAÚDE

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

1. sim: _____
2. não
- 9.NS/NR

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

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

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

1. sim
2. não
- 9.NS/NR

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

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

CONHECIMENTO E USO: SUS/ PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

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

G 32. Você já usou algum serviço do SUS?

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

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

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

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

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

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

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

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

1. sim
2. não
9. NS/NR

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

1. sim
2. não
9. NS/NR

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

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

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

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

(L)

PRÁTICAS PREVENTIVAS BLOCO H

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

Vamos conversar agora sobre alguns exames
de prevenção para o câncer

**PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU
MAIS**

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

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

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

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

→ **Quem nunca fez passo para H08**

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

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

H 04. O resultado deste exame foi:

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

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

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

H 06. Você pagou diretamente pelo serviço?

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

H 07. Quem cobriu os gastos deste exame?

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

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

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

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

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

H 10. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

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

H 11. Quem cobriu os gastos deste exame?

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

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

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

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

1. não
2. sim
9. NS/NR

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

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

→ **Mulheres com menos de 40 anos encerre o bloco**

PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS

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

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

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

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

→ **Quem nunca fez, encerre o bloco**

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

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

H 18. O resultado desse exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe

9. NR

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

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

H 20. Você pagou diretamente pela mamografia?

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

H 21. Quem cobriu os gastos desse exame?

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

PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS

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

H 22. Quando você fez o último PSA?

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

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

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

→ **Quem nunca fez passe para H29**

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

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

H 25. O resultado desse exame foi:

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

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

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

H 27. Você pagou diretamente pelo exame?

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

H 28. Quem cobriu os gastos desse exame?

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

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

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

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

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

→ **Quem nunca fez encerre o bloco**

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

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

H 32. O resultado deste exame foi:

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

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

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

H 34. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

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

H 35. Quem cobriu os gastos desse exame?

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

IMUNIZAÇÃO

BLOCO I

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

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

PARA TODAS AS PESSOAS DE 10 A 19 ANOS

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

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

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

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

I 03. Quantas doses você tomou?

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

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

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

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

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

I 06. Por que utilizou serviço privado?

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

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

1. não
2. sim
9. não me lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

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

1. não
2. sim

→ **se homem adolescente encerre o bloco**

PARA TODAS AS MULHERES DE 10 A 49 ANOS

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

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

I 10. Por que não tomou vacina contra rubéola?

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

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

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

I 12. Por que utilizou serviço privado?

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

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

1. não
2. sim
3. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

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

1. não
2. sim

PARA TODAS AS PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS

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

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

I 16. Por que não tomou vacina contra gripe?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de acesso ao serviço de saúde
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passa para I 19**

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

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

I 18. Por que utilizou serviço privado?

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

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

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

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

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

I 21. Por que não recebeu vacina contra pneumonia?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passa para I 24**

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

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

I 23. Por que utilizou serviço privado?

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

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

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

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

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

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

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

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

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

USO DE MEDICAMENTO BLOCO J

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

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

1. não → **passa para J 09**

2. sim

9. NS/NR

J 02. Quantos medicamentos? | | | | Qual(is)?

1	
2	
3	
4	
5	
6	

MEDICAMENTO 1

J 03. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_|

9. NS/NR

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

|_|_|_|_|

8. NS

9. NR

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

1. médico ou dentista

2. farmacêutico/ balconista de farmácia

3. por conta própria

4. parente, amigo ou vizinho

5. outro: _____

9. NS/NR

J 03c. Você pagou pelo remédio?

1. não

2. sim, parcialmente

3. sim, integralmente → **passa para J 04 ou J 09**

9. NS/NR

J 03d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde

2. SUS – outro local: _____

3. programa farmácia popular

4. convênio empresa: _____

5. plano individual de saúde: _____

6. já tinha o medicamento

7. outro: _____

9. NS/NR

MEDICAMENTO 2

J 04. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_|

9. NS/NR

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

|_|_|_|_|

8. NS

9. NR

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

1. médico ou dentista

2. farmacêutico/ balconista de farmácia

3. por conta própria

4. parente, amigo ou vizinho

5. outro: _____

9. NS/NR

J 04c. Você pagou pelo remédio?

1. não

2. sim, parcialmente

3. sim, integralmente → **passa para J 05 ou J 09**

9. NS/NR

J 04d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde

2. SUS – outro local: _____

3. programa farmácia popular

4. convênio empresa: _____

5. plano individual de saúde: _____

6. já tinha o medicamento

7. outro: _____

9. NS/NR

MEDICAMENTO 3

J 05. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_|

9. NS/NR

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

|_|_|_|_|

8. NS

9. NR

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

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

9. NS/NR

J 05c. Você pagou pelo remédio?

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

J 05d. Quem cobriu os gastos?

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

MEDICAMENTO 4

J 06. Nome do medicamento:

_____ 9. NS/NR

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

_____ 8. NS 9. NR

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

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

J 06c. Você pagou pelo remédio?

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

J 06d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde

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

MEDICAMENTO 5

J 07. Nome do medicamento:

_____ 9. NS/NR

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

_____ 8. NS 9. NR

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

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

J 07c. Você pagou pelo remédio?

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

J 07d. Quem cobriu os gastos?

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

MEDICAMENTO 6

J 08. Nome do medicamento:

_____ 9. NS/NR

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

8. NS

9. NR

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

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

9. NS/NR

J 08c. Você pagou pelo remédio?

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

J 08d. Quem cobriu os gastos?

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

J 09. Quando você precisa utilizar medicamento, você utiliza medicamentos genéricos?

1. sim
2. não
9. NS/NR

J 10. Em sua opinião, existem vantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais? (+1)

1. não existem vantagens
2. sim, porque são mais baratos
3. sim, porque o número de opções aumenta
4. sim, porque é mais fácil de encontrar
5. outros, especif.: _____
9. NS/NR

J 11. Em sua opinião, existem desvantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais? (+1)

1. não existem desvantagens
2. sim, porque são difíceis de encontrar
3. sim, porque não são bons como os de marca
4. outros, especif.: _____
9. NS/NR

J 12. Você conhece o Programa Farmácia Popular?

1. não → **passa para J 16**
2. sim
9. NS/NR

J 13. Qual Programa da Farmácia Popular você conhece?

1. Programa Farmácia Popular nas drogarias e farmácias privadas
2. Farmácia Popular do Brasil do Governo Federal
3. não sabia que havia mais de um
9. NS/NR

J 14 . Você utiliza os medicamentos desse Programa?

1. não
2. sim
9. NS/NR

J 15. O que você acha dos medicamentos do Programa Farmácia Popular? (+1)

1. não existem vantagens
2. não são bons como os de marca
3. são mais baratos
4. número de opções aumenta
5. outros, especif.: _____
9. NS/NR

J 16. Teve algum medicamento que você deveria ter utilizado por indicação médica em algum dos últimos 15 dias e que você não utilizou porque não pode comprar/obter?

1. sim → **J 17 .** Quantos? |__|
2. não → **encerre o bloco**
9. NS/NR

J 18. Quais foram os medicamentos e por que não obteve?

	Nome do medicamento	Código	Motivo
1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
4		_ _ _ _ _ _ _ _ _	

Código do motivo: **1.** não tinha no sistema público, **2.** não tinha recurso , **3.** o plano não cobria, **4.** não encontrei nas farmácias, **5.** outro, especificar **9.** NS/NR

ATIVIDADE FÍSICA

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

Para responder as questões, lembre-se que:

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

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

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

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

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

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

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

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 01d**

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

horas minutos

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

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 01f**

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

horas minutos

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

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para seção 2**

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

horas minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

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

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

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 02c**

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

horas minutos

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

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

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 02e**

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

horas minutos

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

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para seção 3**

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

horas minutos

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

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

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

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 03c

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

horas minutos

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

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 03e

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

horas minutos

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

dias/SEMANA
 nenhum → passe para seção 4

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

horas minutos

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

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

contínuos. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

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

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 04c

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

horas minutos

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

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 04e

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

horas minutos

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

dias/SEMANA
 nenhum → passe para seção 5

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

horas minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

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

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

horas minutos

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

horas minutos

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

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

Se referiu usar computador

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

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

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

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

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

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

→ **passe para K 11**

K 10. Por que não faz? (+1)

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

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

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

CONSUMO DE BEBIDAS

K 12. Qual é a bebida de sua preferência?

_____ | | | |

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

9. NS/NR

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

_____ | | | |

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

2. Não bebe álcool

9. NS/NR

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

1. nunca bebeu

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

3. parou de beber há menos de um ano

9. NS/NR

PARA PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. não → **passa para K 27**

2. sim

9. NS/NR

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

1. não

2. sim

9. NS/NR

TABAGISMO

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

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

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

____ anos 99. NS/NR

K 29. Você fuma atualmente?

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

K 30. Há quanto tempo você parou de fumar?

____ anos ____ meses 99. NS/NR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. não
2. sim
9. NS/NR

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

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

K 38. Fuma mais no começo do dia?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 39. Fuma mesmo quando está doente?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 40. Você já tentou parar de fumar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

K 48. Na sua casa: (L)

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

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

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

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

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

Para quem não é fumante

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

____ horas/dia 99. NS/NR

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

L 05. Quanto você gostaria de pesar?

____Kg ____ grs. 9 ____ NS/NR

→ **Se desejar aumentar o peso passe para L 09**

L 06. Você faz alguma coisa para emagrecer?

- 1. não → **passe 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:

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

M 02. Qual é a sua religião ou culto?

_____ |__|

→ **se referir não ter religião passe para M 05****M 03.** Com que frequência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

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

M 04. Há quanto tempo você é desta religião?

|__| anos

M 05. Onde você nasceu?

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

M 06 Há quanto tempo você mora em Campinas?

|__| anos

99. NS/NR

M 07. Há quanto tempo você mora neste domicílio?

|__| anos

99. NS/NR

M 08. Qual é o seu estado conjugal?

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

M 09. Você tem filhos? Quantos?

|__| filhos

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

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

M 11. Até que ano da escola você completou?**01.** nunca frequentou, não sabe ler e escrever**02.** nunca frequentou, sabe ler e escrever**1__.** 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)**1__.** 1º grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15-18)**2__.** 2º grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)**25.** cursos técnicos de nível médio incompletos**26.** cursos técnicos de nível médio completos**30.** curso superior incompleto**31.** curso superior completo**32.** pós graduação senso estrito**99.** NS/NR**M 12.** Atualmente, você frequenta algum tipo de curso como informática, idiomas, dança, artes etc.?

1. sim
2. não → **passe para M 14**

M 13. Que tipo de curso?

1. 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

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

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

N 02. Caracterização do domicílio:

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

Na rua do domicílio, existe:

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

No domicílio:

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

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

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

N 13. Quantos cômodos existem neste domicílio?

|__|__| 99. NS/NR

N 14. Quantos banheiros existem neste domicílio? (considere apenas os que contêm chuveiro ou banheira e vaso sanitário)

|__|

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

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

1. sim

2. não

9. NS/NR

Os moradores deste domicílio têm:

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

1. sim

2. não

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

1. não

2. sim →

N 35. Quantas? |_|

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

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

01. nunca freqüentou, não sabe ler e escrever

02. nunca freqüentou, sabe ler e escrever

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

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

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

25. cursos técnicos de nível médio incompletos

26. cursos técnicos de nível médio completos

30. curso superior incompleto

31. curso superior completo

32. Pós graduação senso estrito

99. NS/NR

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

→ se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior

_____ |_|_|_|_|_|

999. NS/NR

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

1. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada

2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada

3. empregado familiar não remunerado

4. conta própria ou autônomo com estabelecimento

5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento

6. empregador com até 4 funcionários fixos

7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos

8. outro: _____

9. NS/NR

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

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

Códigos para a relação com o responsável

1. responsável pela família

2. cônjuge/companheiro(a)

3. filho(a)/ enteado(a)

4. outro parente

5. agregado

9. outro



CEP, 27/09/11.
(PARECER CEP: N° 079/2007)

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

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

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marilisa Berti de Azevedo Barros

II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto “**PADRÃO DE SAÚDE DE HOMENS ADULTOS DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP: DESIGUALDADES SEGUNDO ESCOLARIDADE**”, com a finalidade de mestrado da aluna Tássia Fraga Bastos, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

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

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de setembro de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP