

CAROLINE SENICATO

**Condições de saúde e uso de serviços de saúde segundo o
nível de escolaridade de mulheres adultas no município
de Campinas, São Paulo**

Campinas
2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

Condições de saúde e uso de serviços de saúde segundo o nível de escolaridade de mulheres adultas no município de Campinas, São Paulo

Caroline Senicato

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: Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

Campinas
2012

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

S57c Senicato, Caroline, 1985 -
Condições de saúde e uso de serviços de
saúde segundo o nível de escolaridade de
mulheres adultas no município de Campinas, São
Paulo. / Caroline Senicato. -- Campinas, SP :
[s.n.], 2012.

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

1. Saúde da Mulher. 2. Desigualdades em
Saúde. 3. Iniquidade Social. 4. Inquéritos de
Morbidade. 5. Prevalência. I. Barros, Marilisa
Berti de Azevedo. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Health status and use of health services according to educational status of adult women in Campinas, Sao Paulo

Palavra-chave em inglês:

Women's Health

Health Inequalities

Social Inequity

Morbidity Surveys

Prevalence

Área de Concentração: Epidemiologia

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Marilisa Berti de Azevedo Barros [Orientador]

Márcia Furquim de Almeida

Mary Angela Parpinelli

Data da defesa: 28-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

CAROLINE SENICATO

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Marilisa Berti de Azevedo Barros

Membros:

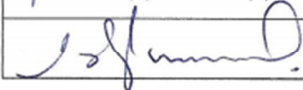
Professor(a) Doutor(a) Marilisa Berti de Azevedo Barros



Professor(a) Doutor(a) Márcia Furquim de Almeida



Professor(a) Doutor(a) Mary Angela Parpinelli



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

Data: 28 de fevereiro de 2012

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Noedir e Conceição
Exemplos de vida, integridade e doação.
Por mim eles fizeram muito mais do que puderam,
mais do que sonhei.
Pai, mãe, eu dedico este trabalho a vocês,
que nunca pouparam esforços
para me proporcionar estudo,
imagino o quanto se doaram para isso,
diante de todas as dificuldades. Obrigada!
Admiro muito vocês. Vocês são meus exemplos!
Amo vocês para sempre...*

*Ao meu irmão Caio, pelo amor,
aquele de lá de dentro,
que não precisa de situações,
de colocações ou de projeções,
eu sei que sempre poderei contar com ele.
Te amo para sempre...*

*Ao Clayton, meu Amor,
por estar sempre ao meu lado,
dar-me alegria,
fazer-me sonhar
e meu olho brilhar.
Nada teria sentido sem você!
Te amo muito, para sempre...*

A Deus, por me conceder a vida, a minha vida e a convivência com essas pessoas.

*Nada é por acaso,
tudo tem um sentido maior,
às vezes, conspiramos contra os sentidos,
não sentimos a vida
e não vemos os sentidos,
esquecemos que estamos condicionados
a uma única coisa,
sermos felizes
procure esse sentido, sempre!*

AGRADECIMENTOS

Especialmente à professora Marilisa, pelo privilégio de ser minha orientadora, pelo exemplo de competência, dedicação profissional e amor no que faz. Meus sinceros agradecimentos por compartilhar comigo um pouco do seu conhecimento.

A todos os professores da pós-graduação, por contribuírem para a construção do meu aprendizado.

A Flávia pela amizade, atenção e conversas. Foi muito gratificante tê-la como amiga.

A Dani, quem eu tive o privilégio de conhecer. Obrigada pela convivência com sensibilidade, atenção e coração.

A Priscila pelo exemplo de dedicação. Obrigada pela atenção, colaboração e também pelas conversas.

A Tássia pela troca de experiências e convivência. Foi muito bom conhecê-la.

A Paula, pela animação e prontidão, obrigada pela presença.

A Margareth, pelas vezes que conversamos, foi muito agradável.

A Rose e Ana Paula, por compartilhar comigo a experiência de dar aula.

A todos do CCAS, pela harmonia dos encontros e dos desencontros.

Aos colegas de classe, em especial, Bruna, Nanci e Marina.

A todos os meus familiares, especialmente aos meus pais, irmão e esposo. Meus agradecimentos às pessoas que dão sentido a tudo na minha vida, ser feliz! Obrigada!

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa de mestrado.

*Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta*

*Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida....*

(...)

(Milton Nascimento)

A todas as mulheres que proporcionaram este estudo...

Senicato C. Condições de saúde e uso de serviços de saúde segundo o nível de escolaridade de mulheres adultas no município de Campinas, São Paulo. [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.

A ocupação da mulher no mercado de trabalho e seu papel central no núcleo familiar, na organização e cuidado da moradia e da família, incluindo a amamentação, a criação dos filhos e o cuidado de familiares idosos e doentes, diferenciam-se dependendo do segmento socioeconômico a que pertencem e isso influencia distintamente no perfil de saúde e morbidade. O objetivo deste estudo foi avaliar desigualdades sociais no estado de saúde e uso de serviços de saúde segundo o nível de escolaridade de mulheres adultas. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com amostra por conglomerados. Analisaram-se 508 mulheres de 20 a 59 anos de idade residentes na área urbana do município de Campinas, participantes do Inquérito de Saúde do Município de Campinas – ISACAMP 2008. Foram estimadas prevalências e razões de prevalências ajustadas, utilizando modelos de regressão simples e múltipla de Poisson e considerando as ponderações relativas ao desenho amostral. Mulheres de menor nível educacional apresentaram pior condição de vida e maior prevalência de hipertensão, problemas circulatórios, dor de cabeça/enxaqueca, tontura/vertigem, obesidade, transtorno mental comum (SRQ-20), saúde autorreferida como ruim ou muito ruim, uso de prótese dentária e deficiência visual, e menor prevalência de uso de óculos ou lentes. Mas, não houve diferença entre os dois segmentos sociais de mulheres na prevalência de uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas, no uso de medicamentos nos últimos três dias, no autoexame mensal das mamas, no exame clínico das mamas no último ano, no exame de Papanicolaou nos últimos três anos, nas hospitalizações e cirurgias no último ano, e na vacinação contra rubéola em algum momento da vida. Diferenças significativas foram observadas apenas quanto ao acesso aos serviços odontológicos no último ano e à mamografia nos últimos dois anos. O estudo detectou a presença de desigualdades sociais em diversos indicadores do estado de saúde e a presença de equidade no acesso a vários componentes dos serviços de saúde, apontando a potencialidade do SUS na redução das iniquidades na saúde da mulher no município.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Desigualdades em Saúde; Iniquidade Social; Inquéritos de Morbidade e Prevalência

Senicato C. Health status and use of health services according to educational status of adult women in Campinas, Sao Paulo. [dissertation]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2012.

The occupation of women in the labor market and its central role within the family, the organization and care of the house and the family, including breastfeeding, raising children and care of elderly and sick, differs according to socioeconomic segment belonging and that distinctly influences of health and morbidity profile. The present study assessed the inequalities in health status and use of health services according to educational status between adult women. It is population-based cross-sectional study was carried out with conglomerate sampling. Were analyzed 508 women between 20 and 59 years of age from the urban area of Campinas, participants in the Health Survey the city of Campinas – ISACAMP 2008. Prevalence values were estimated and prevalence ratios were adjusted using Poisson regression and considering weights related to the sampling design. Women with a lower level of schooling had a poorer quality of life and greater prevalence values for hypertension, circulatory problems, headache/migraine, dizziness/vertigo, obesity, common mental disorders (SRQ-20), worse self-reported health, use of dental prosthesis and visual impairment, but a lower prevalence of glasses. No differences between groups were found regarding in the use of health services in the previous two weeks, use of medication in the previous three days, monthly breast self-examination, clinical breast examination in the previous year, Pap smears in the previous three years, hospitalizations and surgeries in the previous year, and rubella vaccination in life. Significant differences were only to dental visits in the previous year and mammograms in the previous two years. This study demonstrate social inequalities in different health status indicators and equity in access to some health service components, pointing to the potential of SUS in reducing inequities in women's health in the municipality.

Keywords: Women's Health, Health Inequalities, Social Inequity, Morbidity Surveys and Prevalence.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CCAS – Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde
DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível
DSC – Departamento de Saúde Coletiva
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos das Américas
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM – Faculdade de Ciências Médicas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMC – Índice de Massa Corporal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA – Instituto Nacional do Câncer
ISACAMP – Inquérito de Saúde do Município de Campinas
ISA-Capital – Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo
ISA-SP – Inquérito Multicêntrico de Saúde do Estado de São Paulo
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCCCU – Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
SRQ-20 – Self Report Questionnaire-20
SUS – Sistema Único de Saúde
TMC – Transtorno Mental Comum
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UNESP – Universidade Estadual Paulista
USP – Universidade de São Paulo
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas segundo estratos de escolaridade de mulheres de 20-59 anos. ISACAMP 2008.....84

Tabela 2 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) de morbidades e problemas de saúde referidos segundo nível de escolaridade de mulheres de 20-59 anos. ISACAMP 2008.....86

Tabela 3 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) de uso de serviços de saúde segundo nível de escolaridade de mulheres de 20-59 anos. ISACAMP 2008.....87

1. INTRODUÇÃO.....23

- 1. 1. A escolarização feminina no Brasil.....25
- 1. 2. Saúde da mulher no Brasil.....29
 - 1. 2. 1. Morbidade e mortalidade das mulheres brasileiras.....33
 - 1. 2. 2. Desigualdades sociais na saúde de mulheres.....38
- 1. 3. Inquéritos de saúde.....40

2. OBJETIVOS.....43

- 2. 1. Objetivo geral.....45
- 2. 2. Objetivos específicos.....24

3. MATERIAL E MÉTODOS.....47

- 3. 1. Local do estudo.....49
- 3. 2. Desenho do estudo.....50
- 3. 3. Coleta de dados.....53
- 3. 4. Variáveis do estudo.....53
 - 3. 4. 1. Variável independente.....53
 - 3. 4. 2. Variáveis dependentes.....54
- 3. 5. Análise dos resultados.....55
- 3. 6. Aspectos éticos.....55

4. RESULTADOS.....57

- 4. 1. Artigo.....59

5. CONCLUSÃO GERAL.....89

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....95

7. ANEXOS.....109

- Anexo 1 – Questionário ISACAMP 2008
- Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa FCM/UNICAMP

1. Introdução

1. 1. A escolarização feminina no Brasil

Ao introduzir a presente pesquisa, compreender aspectos históricos relativos à escolarização feminina favorecerá um maior entendimento da importância da educação para analisar a desigualdade social em saúde, objeto deste estudo. Para essa reflexão, optou-se por utilizar o livro “O legado educacional do século XX no Brasil” de Dermeval Saviani e colaboradores.

Para Saviani et al (2006) a herança do colonialismo fez com que o Brasil, ao longo dos séculos XVIII e XIX, desse pouca importância à escolarização feminina, mas sim às normas de conduta, como impedir as mulheres de ocuparem espaços sociais e saírem sozinhas, limites que se estenderam até a República. De acordo com Biasoli-Alves, (2000), no período monárquico, pouco se investia em educação e ao adentrar no século XX havia poucas faculdades no Brasil, que ficavam nos locais mais desenvolvidos do país. Contudo, havia muitos colégios, a maioria religiosos, herança dos jesuítas e de outras congregações religiosas, onde padres e freiras centravam o foco da educação feminina no ensino teológico e nas boas maneiras.

Conforme Biasoli-Alves (2000) as famílias mais abastadas ensinavam a leitura e escritas às meninas e posteriormente enviavam-nas para colégios internos de freiras para aprender as prendas do lar: cozinhar, bordar, ler, escrever, além de um pouco de latim e aulas de música. Eram colégios que preparavam as meninas para o casamento, para a vida familiar. Na observação da autora de relatos de idosos/idasas, que passaram a infância no início do século XX, existiam valores desejáveis, que recebiam forte influência da igreja (principalmente a católica), que deveriam ser transmitidos para as meninas como, “submissão”, “delicadeza no trato”, “pureza”, “capacidade de doação”, “prenda domésticas e habilidades manuais”.

Por meio da influência da religião, o comportamento feminino foi determinado por séculos. Para algumas religiões essa influência se estende até os dias de hoje. As ideologias criadas em torno da mulher por muitas religiões desqualificaram as mulheres profissionalmente, intelectualmente e politicamente (Saviani et al, 2006).

Foi somente no final do século XIX que as mulheres passaram a ter acesso ao ensino universitário em vários países, dentre eles os europeus. A inserção das mulheres nas universidades não se deu de forma pacífica, na Escócia, por exemplo, ocorreu um motim por parte dos estudantes homens de medicina. No Brasil, apesar da primeira Escola Normal, que ensinava uma profissão, ter sido fundada em Niterói (RJ) em 1835, seguida por São Paulo (SP) em 1846, o acesso era exclusivo para o sexo masculino, e as mulheres foram admitidas somente décadas mais tarde, pela baixa demanda dos homens.

O advento da República é um marco na introdução da educação brasileira pública. A partir de então, a estrutura educacional brasileira foi marcada por três períodos: a organização da Escola Normal até 1931 e regulamentação do sistema de ensino em âmbito nacional; regulamentação nacional das escolas superiores, secundárias e primárias, juntamente com a promulgação da Primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 20 de dezembro de 1961; e, mais recentemente, a unificação e regulamentação da educação nacional em âmbito público e privado, com a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 20 de dezembro de 1996 (Saviani et al, 2006).

Uma pesquisa histórica realizada em uma escola técnica de Porto Alegre constatou que, entre 1946 e 1970, os cursos industriais e técnicos oferecidos eram relacionados às atividades domésticas, formavam mulheres para o cuidado com a casa (Louro e Meyer, 1993). Conforme os autores, a conquista feminina da educação não foi porque a sociedade quis assegurar igualdade aos sexos, mas foi fruto da necessidade de estar mais preparada para conduzir e dar suporte a família, ao marido e aos filhos e isso acontecia entre as classes mais abastadas.

Na primeira metade do século XX as escolas públicas permaneceram para dar cursos profissionalizantes às jovens mais carentes e a Escola Normal para jovens da classe média. Um dos objetivos da república brasileira era expandir o ensino primário, assim, a princípio, as Escolas Normais destinavam-se a formar um quadro docente para atuar no magistério do ensino primário (Saviani et al, 2006).

Na análise de dados do Censo Demográfico de 2000, Ferraro (2010) observou um aumento de escolaridade em ambos os sexos da geração mais velha para a mais nova. Desde 1920 até 1950/60 os homens tinham uma pequena vantagem quanto à média de anos

de estudo em relação às mulheres. Os anos de 1950 a 1960 marcam um cruzamento das médias de anos de estudo masculino e feminino, que a partir de então passam a ser maior entre as mulheres. Todavia, essa pequena vantagem até 1950/60 do sexo masculino sobre o feminino é tão ínfima, que para o autor é possível considerar que a tendência de inversão entre sexo e escolarização vem de longa data, provavelmente já de meados do século XIX, com o início da república.

Apesar de haver um longo caminho da escolarização à profissionalização, a partir da década de 70 cresce a participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. Lewin (1980) acrescenta que antes da industrialização brasileira, a inserção das mulheres no mercado de trabalho deu-se por meio da família, em trabalhos agrícolas e em pequenas empresas manufatureiras ou comerciais. Com o capitalismo, a industrialização brasileira e o êxodo rural houve um comprometimento do trabalho agrícola, e as mulheres passaram a competir com os homens por espaço no mercado de trabalho nas grandes cidades. Conforme a análise dos Censos Demográficos, a autora acrescenta que, entre 1950 e 1970 ocorreram transformações marcantes na População Economicamente Ativa (PEA), principalmente na sua composição sexual e na qualificação educacional, aumentando o percentual de mulheres, que se deu, principalmente, no setor terciário, excluído do sistema previdenciário e com pouca necessidade de qualificação e instrução. Majoritariamente, as atividades desenvolvidas pelas mulheres eram manuais, as poucas atividades não manuais eram de professoras primárias e de serviços de escritório, desenvolvidas por mulheres da classe média. O contingente das mulheres era a mão de obra barata do sistema capitalista ou elas se sujeitavam a trabalhos subalternos e mal remunerados ou estavam excluídas do mercado de trabalho. Em 1970, as mulheres correspondiam 21% da população economicamente ativa (Lewin, 1980). Dados de 2010 mostram que as mulheres passaram a compor 46,2% da população economicamente ativa brasileira¹.

Apesar dos avanços proporcionados pela educação, como a inserção no mercado de trabalho, desigualdades de gênero são observadas. Dados da Pesquisa Nacional

1

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab_hist.shtm

por Amostra de Domicílio (PNAD) realizada em 2009 mostram que, mesmo as mulheres sendo mais escolarizadas que os homens, 7,4 anos de estudo contra 7,0 anos, elas recebiam, em média, 70,7% do rendimento deles (IBGE, 2010).

Entretanto, dados de 1999 e 2006 mostram um aumento do trabalho formal entre as mulheres, de 41,5 para 48,8%, e diminuição do trabalho informal de 58,5 para 51,2%, no período analisado. Foi observado nesse período aumento de trabalhos com carteira assinada e queda na participação em trabalhos não remunerados entre as mulheres. Em 2009, 30,3% das mulheres empregadas com 16 mais ou mais anos possuíam carteira de trabalho assinada. Já a informalidade foi mais presente entre as pardas, 60%, seguido pelas negras, 54,1% e, por último, pelas brancas, 44% (IBGE, 2010).

Dados de 2009 revelaram que cerca de 17% das mulheres brasileiras com filhos não contavam com a presença do cônjuge (IBGE, 2010). Desde 2004 é verificada uma tendência de crescimento nas taxas de divórcios. No ano de 2007 houve 1,52 divórcios por mil brasileiros (IBGE, 2010).

Mudanças sociais e econômicas fazem com que a família passe a ser mais maleável na forma de educar a menina, surge um encantamento com a inteligência, competência e trabalho feminino. Apesar da conquista da escolarização e profissionalização propiciar um maior questionamento da posição social ocupada pela mulher, ainda valores vinculados à figura feminina como “submissão”, “pureza”, “obediência”, “capacidade de doação” e “habilidades manuais” foram observados nas falas de mulheres e homens (Biasoli-Alves, 2000). Mesmo a mulher alcançando espaço fora do ambiente doméstico, o papel central dentro do lar, de cuidadora da família e dos filhos marca a figura feminina. Em 2009, as mulheres ocupadas gastaram em média 22 horas semanais em afazeres domésticos, enquanto que a média entre os homens foi de 9,5 horas (IBGE, 2010).

Diante do exposto, a escolarização feminina no Brasil se deu de forma discriminada, com propósitos diferentes. Jovens mais abastadas estudavam para aprimorar seus conhecimentos, melhor cuidar dos filhos e gerir a família. Quando sua profissão era exercida, a maioria como professora, não deveria interferir ou ocupar o lugar de mãe e esposa. Já para jovens com condições socioeconômicas desfavoráveis, a escolarização

significou oportunidade de inserção no mercado de trabalho e melhores condições de vida, sem deixar seu papel no núcleo familiar.

1. 2. Saúde da mulher no Brasil

Dados do último levantamento censitário realizado no Brasil revelam que a população de mulheres atingiu cerca de 97 milhões, representando 51% do contingente populacional brasileiro, sendo que 58,4% da população feminina estão na idade adulta, de 20 a 59 anos (IBGE, 2011).

Considerando a crescente presença da mulher no mercado de trabalho somado ao seu desempenho central no núcleo familiar, na organização e cuidado da moradia e da família, incluindo a amamentação, a criação dos filhos e o cuidado de familiares idosos e doentes, é reconhecida a necessidade de um sistema de saúde que compreenda a complexidade desse subgrupo demográfico, sem desconsiderar sua integralidade.

A estrutura política e econômica que contribuiu para a transformação do papel feminino na sociedade também transformou o processo de produção da saúde e da doença. Durante o século XX ocorreram queda da mortalidade, redução das doenças transmissíveis, aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e deslocamento da morbimortalidade para grupos com idade mais avançada (Theme-Filha et al, 2005), ocasionado pela queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida.

Na década de 40, a mulher brasileira tinha, em média, 6,2 filhos e, na década de 70, a taxa de fecundidade total era ainda de 5,8 filhos. A partir da metade da década de 70 ocorreu uma expressiva queda da fecundidade, trinta anos depois, em 2000, o Brasil iniciou o novo século com 2,3 filhos por mulher, praticamente a mesma taxa observada no Chile e no Uruguai (IBGE, 2002). No ano de 2009 a taxa média de fecundidade foi de 1,94 filhos por mulher, menos do que o necessário para repor a população brasileira (IBGE, 2010).

A queda da fecundidade ocorrida mais intensamente a partir da década de 60 foi em grande parte conseqüência do uso de métodos contraceptivos pela população feminina em idade fértil, comprovado pelo aumento do uso em muitos estados brasileiros (Carvalho e Garcia, 2003). A crescente migração para os centros urbanos culminou em dificuldades

materiais para maior parte da população, com escassez de bens e serviços de infraestrutura social e aliado a isso, a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e transformações no núcleo familiar diminuíram a taxa de fecundidade.

Contudo, a diminuição da fecundidade não aconteceu com a mesma intensidade em todos os segmentos sociais. Importantes desigualdades foram observadas em função da escolaridade. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada em 2009, mostram que mesmo dentro de uma mesma região as mulheres com até sete anos de escolaridade chegam a ter, em média, quase do dobro do número de filhos das mulheres com oito ou mais anos de estudo. As mulheres com maior nível de escolaridade eram mães pela primeira vez com mais idade (27, 8 anos) que as primíparas menos instruídas, em que a idade média do primeiro filho foi com 25,2 anos. Além disso, a gravidez na adolescência, entre 15 e 19 anos de idade, atingiu 20,3% das jovens com até sete anos de escolaridade, ao passo que entre as jovens com oito ou mais anos de estudo, a frequência foi de 13,3%. A gravidez na adolescência dificulta o processo educacional e a inserção no mercado de trabalho (IBGE, 2010).

A atenção às morbidades, em especial às doenças crônicas, torna-se ainda mais importante ao considerarmos o aumento da população idosa, resultado da queda do nível geral da fecundidade e do aumento da expectativa de vida feminina. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais, entre 1999 e 2009, as mulheres brasileiras ganharam 3,1 anos na vida média ao nascer, passando para 77,0 anos (IBGE, 2010). Entretanto, o aumento da expectativa de vida não acontece de forma igualitária entre os diferentes segmentos sociais de mulheres. Dados de 2005 do município de Campinas apontam que no maior estrato socioeconômico a esperança de vida feminina ao nascer foi de 79,6 anos, e no estrato de menor nível foi de 76 anos. Apesar de observado uma redução da desigualdade na expectativa de vida ao nascer no município, com aumento de 2,2 anos entre as mulheres de baixo estrato socioeconômico, elas ainda possuem uma esperança de vida de 3,6 anos a menos que as mulheres de alto nível socioeconômico. (Belon e Barros, 2011).

Desde início do século XX, quando a atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, até a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), houve tentativas de proporcionar às mulheres um sistema de saúde

integral, entretanto, as políticas públicas quando se falava em saúde da mulher limitavam-se, quase que exclusivamente, à saúde materno-infantil. Conforme o Ministério da Saúde (2004a) os programas de saúde feminina até meados da década de 80 eram direcionados à saúde materno-infantil, chamado de Programa Materno-infantil, sendo as gestantes e crianças, os grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade considerados. O Programa Materno-infantil era dividido em subprogramas centrados na assistência materna, na assistência à criança e ao adolescente, nas atividades educativas, na suplementação alimentar, na capacitação de recursos humanos e na expansão da assistência materno-infantil. Contudo, não existia uma interface com outras áreas da saúde e as metas desenvolvidas não abrangiam as especificidades locais, o que culminava no baixo impacto nos indicadores de saúde feminina. O INAMPS, órgão responsável pela execução direta e indireta das ações de saúde na época, centralizava todos os tipos de serviços a nível federal, o que impedia ações específicas à níveis estaduais e municipais.

Segundo Ávila e Bandler (1991) o movimento feminista contribuiu para que as questões relativas às desigualdades nas condições de vida, na relação entre homens e mulheres, na sexualidade feminina e reprodução, na anticoncepção e na sobrecarga causada pela dupla jornada fossem introduzidas na agenda política nacional. Além disso, as mulheres argumentavam que as desigualdades em saúde eram conseqüências das desigualdades sociais entre homens e mulheres e que mudanças deveriam partir do âmbito social para refletir na saúde.

Mediante as pressões sociais da população feminina, o Estado brasileiro através do Ministério da Saúde elaborou em 1983, antes da promulgação da nova Constituição Federal, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O objetivo do PAISM era modificar a perfil epidemiológico feminino predominante naquele momento, atendendo as especificidades da saúde da mulher, incluindo as etapas dos ciclos de vida e as condições de saúde juntamente com ciclo reprodutivo (Ministério da Saúde, 2004a).

Descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, e, integralidade e equidade da atenção, que já estavam sendo discutidos para a criação do Sistema Único de Saúde, pelo movimento da Reforma Sanitária, foram os princípios norteadores do PAISM. Em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde

(NOAS) que estabeleceu para os municípios a garantia de ações no planejamento familiar, pré-natal, puerpério e prevenção do câncer de colo de útero (Ministério da Saúde, 2004a).

Desde a implantação do PAISM, ações específicas fizeram parte da política da saúde da mulher. Em 1995 o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de um programa de âmbito nacional e implantou em 1997/98 o projeto Viva Mulher, que subsidiaria o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), com ações de rastreamento e controle do câncer de colo do útero. Em 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com ações de humanização e integralidade no período gravídico-puerperal no âmbito estadual e municipal.

Novamente, a fim de proporcionar ações que compreendessem a integralidade da atenção à saúde feminina e de grupos mais vulneráveis, em 2004, o Ministério da Saúde lançou o plano de ação para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) para o período de 2004 a 2007. Essa política tinha como objetivo contribuir com a redução da mortalidade e morbidade feminina em todos os segmentos sociais, atuando de forma humanizada na promoção da melhoria das condições de vida e saúde e ampliação do acesso aos serviços de promoção, prevenção e assistência às mulheres brasileiras. Dentre os objetivos específicos da política da saúde da mulher estavam: a atenção clínico-ginecológica, principalmente entre as portadoras de AIDS e outras DST, o planejamento familiar, a atenção obstétrica e neonatal com foco na humanização, a violência doméstica e sexual, o câncer feminino, a saúde mental, o climatério, a terceira idade e promoção da participação feminina nas políticas de atenção à saúde da mulher. A fim de considerar as especificidades da população feminina a política também contemplava os grupos marginalizados como negras, trabalhadoras, indígenas, lésbicas e mulheres em situação de prisão. Desta forma, a PNAISM envolveu várias áreas do Ministério da Saúde e foi implantada em Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais com o apoio não somente do MS, mas com a ajuda de outros setores governamentais e não governamentais (Ministério da Saúde, 2004).

Em 2011, ano em que o Brasil reafirmou a saúde da mulher como prioridade de governo na Reunião sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis da Organização das

Nações Unidas, lançou também os novos princípios e diretrizes da PNAISM, que são continuidades da política lançada em 2004, que foi um grande marco na gestão intra e intersectorial, em parcerias com outros setores organizados da sociedade civil (Ministério da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2011a).

Todavia, a desarticulação do SUS e suas dificuldades de consolidação a nível municipal dificultam ações de integralidade na saúde da mulher. Compreender o perfil de saúde-doença feminino e as especificidades de grupos de mulheres socialmente mais vulneráveis em níveis locais colabora com políticas mais efetivas, que contemplem a integralidade nos diversos ciclos de vida femininos.

1. 2. 1. Morbidade e mortalidade das mulheres brasileiras

A ocupação da mulher no mercado de trabalho aliada ao seu papel no núcleo familiar causa uma sobrecarga de tarefas e cobranças. Entretanto, os efeitos dessa dupla jornada sobre a saúde não são bem conhecidos e de certa forma difíceis de serem mensurados. Sabe-se que as mulheres estão entre os subgrupos demográficos mais afetados pela iniquidade em saúde, exatamente pela história de discriminação e desvantagem vivida (Braveman, 2006).

A transição do perfil epidemiológico e a crescente inserção feminina no mercado de trabalho contribuíram para que a saúde da mulher passasse por um processo de transformação. As doenças crônicas não-transmissíveis passaram a ser responsáveis por cerca de 70% das causas de óbitos na população brasileira (Ministério da Saúde, 2011).

Dados de mortalidade do ano de 2008 apontaram que os principais grupos de causas de óbitos das mulheres brasileiras são as doenças do aparelho circulatório, que corresponderam a 33% dos óbitos na população feminina e as neoplasias com 17%. As causas externas foram o sexto grupo de causas de óbitos entre as mulheres, sendo que na faixa etária de 20 a 29 anos, 40% dos óbitos foram devidos à acidentes de transporte e 33,5% à agressões (IBGE, 2010). Com maior inserção social e no mercado de trabalho, as mulheres estão mais expostas aos óbitos por causas externas, predominantemente ligadas ao sexo masculino. Já em Campinas (SP) os coeficientes de mortalidade do município

apontam o aparelho circulatório como o principal grupo de causas de óbitos entre as mulheres, seguido pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas em quarto lugar (Barros et al, 2008).

A hipertensão arterial está entre os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que incluem, principalmente, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares. No Brasil, diferenças socioeconômicas estão associadas às desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares (Ishitani et al, 2006).

Dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2010 mostraram que os diagnósticos prévios de hipertensão arterial sistêmica atingiram 25,5% da população feminina. Entre as mulheres a prevalência de hipertensão é marcada pela iniquidade, 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiram o diagnóstico da doença contra 13,5% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (Ministério da Saúde, 2011b).

Fatores socioeconômicos e comportamentais estão associados à prevalência de hipertensão. Dados das capitais brasileiras e do Distrito Federal revelaram que a referência da hipertensão arterial aumentou com a idade, diminuiu com a escolaridade, atingiu mais mulheres negras e viúvas e foi menor entre as solteiras. Fatores comportamentais como excesso de peso, diabetes e dislipidemia, também contribuíram para maior prevalência de hipertensão entre as mulheres, associada ao infarto do miocárdio e ao acidente vascular cerebral (Ferreira et al, 2009).

Dados de 2009 do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) apontam que as neoplasias, segundo grupo de causas de óbito entre as mulheres, localizam-se, principalmente, nas mamas, traquéia/brônquios/pulmões, cólon/reto/ânus e colo de útero. No município de Campinas, para o mesmo ano, 18,9% das mortes femininas por tumores malignos corresponderam ao câncer de mama, em seguida encontram-se as neoplasias do intestino grosso, pulmões/brônquios, leucemias/linfomas e fígado (Barros et al, 2011).

Diante dos principais tipos de câncer que acometem a população feminina, o diagnóstico precoce é a melhor forma de se ter um bom prognóstico e aumentar a expectativa de vida por meio de tratamento. Para isso, o Ministério da Saúde preconiza o rastreamento do câncer de mama por meio do autoexame mensal das mamas para todas as

mulheres, do exame clínico anual em mulheres acima de 40 anos, e do exame de mamografia a cada 2 anos para mulheres entre 50 a 69 anos de idade; em grupo de risco, o exame clínico e a mamografia devem ser anuais e a partir dos 35 anos (Ministério da Saúde, 2004b).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) a realização da mamografia em algum momento da vida, entre as mulheres de 50 a 69 anos de idade, passou de 54,6% em 2003 para 71,5% em 2008. Entretanto, ainda fatores socioeconômicos como renda, escolaridade, posse de plano de saúde, ser casada e consultar o médico foram fatores associados à desigualdade no acesso ao exame no Brasil (Oliveira et al, 2011). Estudo realizado no município de Campinas observou que 64,2% das mulheres de 40 a 69 anos realizaram o exame de mamografia nos últimos dois anos, assim como, verificou a existência de desigualdade socioeconômica na realização desse exame, sendo que o SUS foi responsável pelo financiamento de 49,3% das mamografias (Amorim, 2010).

Apesar da menor incidência do câncer de colo do útero comparada ao câncer de mama, a simples forma de diagnóstico e excelente prognóstico, com a detecção precoce, fez com que o governo federal elaborasse uma política especial para o câncer de colo do útero. Prioriza-se o rastreamento para mulheres de 25 a 60 anos através do exame de Papanicolaou que deve ser realizado trienalmente se após dois exames consecutivos (no intervalo de um ano) estiverem normais (Ministério da Saúde, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde uma cobertura do Papanicolaou de 80% ou mais produz impacto significativo na redução da mortalidade por câncer de colo do útero (WHO, 2002).

Uma revisão sistemática da literatura brasileira a respeito do Papanicolaou revelou que na década de 80 a cobertura do exame durante a vida foi cerca de 55 a 70%, já nos anos de 2002 e 2003 a cobertura atingiu aproximadamente 74 a 93%, das mulheres brasileiras. Contudo, para a realização do exame nos últimos três anos, a cobertura esteve abaixo de 70%. Fatores socioeconômicos desfavoráveis, como baixa escolaridade e renda *per capita*, e ser jovem associaram-se a não realização do exame pelas mulheres (Martins et al, 2005). Para o município de Campinas, foi constatada uma cobertura nos últimos três anos de 86,2% entre as mulheres de 20 a 59 anos, das quais 92,8% alegaram que o motivo para a realização é por ser exame de rotina. Já entre as mulheres que nunca fizeram o

exame, o principal motivo referido foi achar desnecessário. O Sistema Único de Saúde financiou 55,7% dos exames (Amorim et al, 2010).

Outro problema que reflete uma preocupação crescente da literatura é a saúde mental das mulheres. A escolaridade e a posição de ocupação no mercado de trabalho repercutem na saúde mental. No município de Campinas foi identificada prevalência 5,5 vezes maior de transtornos mentais comuns (TMC) em indivíduos com até cinco anos de escolaridade e 2,0 vezes maior em desempregados ou subempregados (Marín-Léon et al, 2007). Em estudo com mulheres espanholas, as trabalhadoras manuais referiram pior saúde e apresentaram pior estado de saúde mental (Artazcoz et al, 2011). Entre as trabalhadoras com baixo nível de escolaridade, a demanda da família e o fato de viver com idosos foram fatores associados a piores indicadores de saúde e comportamentos de saúde inadequados, associação não verificada para aquelas com alta escolaridade ou que eram donas de casa em tempo integral (Artazcoz et al, 2004).

Pesquisas têm apontado a associação de características socioeconômicas das mulheres com a prevalência de transtornos mentais comuns (Ludemir & Melo Filho, 2002; Araújo et al, 2005; Pereira et al, 2008). Em pesquisa com mulheres acima de 15 anos residentes em Feira de Santana (BA) foi verificada maior prevalência de transtorno mental comum nas mulheres negras, naquelas com baixa escolaridade e renda, sem companheiro, que são chefes de família e que não contam com ninguém para a ajuda nos afazeres domésticos, sendo que 50% das mulheres com transtorno mental comum apresentaram alta sobrecarga doméstica (Araújo et al., 2005). Em inquérito realizado em Campinas (SP) com mulheres acima de 18 anos, os transtornos mentais comuns estiveram estatisticamente associados à idade (40 a 59 anos), a ser separada, a ser negra e a possuir menor escolaridade e renda (Pereira et al, 2008, p. 145). Segundo Brown e Harris (1978), a escolaridade ao proporcionar possibilidades mais amplas quanto às condições de vida, à satisfação de necessidades e aquisição de novos conhecimentos, influencia atitudes e comportamentos que refletem em efeitos positivos na saúde mental.

Dados do VIGITEL também mostram que os determinantes sociais, como nível de escolaridade, estão associados à autoavaliação da saúde (Barros et al, 2009). A escolarização incompleta e a privação material foram fatores associados a pior percepção

da saúde entre as mulheres (Szwarcwald et al, 2005). Entre os brasileiros, a saúde foi pior avaliada pelas pessoas que viviam em capitais com condições socioeconômicas desfavoráveis, como Norte e Nordeste (Barros et al, 2009). As mulheres são as que referem pior saúde comparada aos homens (Barreto e Figueiredo, 2009) o que está diretamente associada à prevalência de morbidades (Barros et al, 2009).

Dentre outros fatores, a demanda pelos serviços de saúde está associada com a presença de morbidades e a oferta de serviços. Além disso, dentre as mulheres, o uso de serviços de saúde depende do poder aquisitivo das famílias, da posição no mercado de trabalho, da escolaridade e do sexo do chefe da família (Travassos et al, 2002). Portanto, utilizam menos os serviços de saúde aqueles indivíduos que apresentam condições sociais desfavoráveis (Travassos et al, 2006).

O SUS é o principal financiador das internações hospitalares no país, do total de internações realizadas em 2008, 68% foi no SUS. O mesmo é observado para consultas médicas, em que o SUS foi responsável por 61%. Atendimentos de enfermagem e vacinação também foram a maioria dos serviços prestados, atingindo 86% das pessoas que necessitaram desses serviços. Todavia, o acesso às consultas odontológicas continua a expressar desigualdade social (Silva et al, 2011), assim como, o acesso ao Papanicolaou (Martins et al, 2005) e à mamografia (Oliveira et al, 2011).

O padrão de utilização do SUS esteve inversamente associado à posse de planos de saúde. De acordo com Silva et al (2011), há desigualdades geográficas no acesso ao SUS, as regiões mais ricas do Brasil, como Sul e Sudeste, apresentaram maior procura por serviços de saúde nos últimos quinze dias, mas menor prevalência de utilização de serviços ofertados pelo SUS em relação a outras regiões brasileiras.

Diante do quadro de mortalidade e morbidade feminina no Brasil, é possível concluir que estratégias de organização e assistência em saúde da mulher devam prioritariamente focar na integralidade e equidade. Ao mesmo tempo em que se pode observar um perfil epidemiológico típico de países desenvolvidos, com as doenças cardiovasculares e as neoplasias sendo as principais responsáveis pelo grupo de causas de óbitos entre as mulheres, verificou-se altas prevalências de doenças atingindo mais os estratos socialmente vulneráveis. Além disso, em relação ao uso de serviços, o nível de

escolaridade também esteve associado a dificuldades de acesso e coberturas insuficientes de exames preventivos no Brasil, como o Papanicolaou e a mamografia.

1. 2. 2. Desigualdades sociais na saúde de mulheres

No século XIX, na França e na Inglaterra estudos já avaliavam a relação entre “classe social” e as condições de saúde (Liberatos et al, 1988). No Brasil, a preocupação em se conhecer melhor as relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação da saúde se deu no início do século XX. No final da década de 80, resultados dessa discussão eram vistos na criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, pautado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade (Ministério da Saúde, 2008).

O Brasil está entre os países com maiores desigualdades em saúde, oriundas das desigualdades entre diferentes segmentos sociais e econômicos da população. Diante desse cenário, um ano após a Organização Mundial da Saúde criar a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, foi criada no Brasil, em 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de discutir as causas sociais das iniquidades em saúde no país (Ministério da Saúde, 2008).

As desigualdades naturais (diferenciais biológicos) como sexo, força e estatura, por exemplo, não determinam a presença de desigualdades sociais, entretanto, muitas vezes, quando essas diferenças passam a atribuir papéis na sociedade, levam a desigualdades entre grupos (Silva e Barros, 2002). Apesar de biologicamente as mulheres apresentarem menores taxas de mortalidade em comparação aos homens em todas as fases da vida (Whitehead e Dahlgren, 2006), ainda, elas estão entre os subgrupos demográficos que mais sofrem pelas desigualdades sociais em saúde (Braveman, 2006). As iniquidades em saúde, enquanto desigualdades sociais injustas produzem diferenciais nos riscos de adoecer e morrer (Silva e Barros, 2002).

As iniquidades sociais em saúde, tratadas por Whitehead e Dahlgren (2006) como diferenças na saúde não só desnecessárias e evitáveis, mas ainda injustas, podem ser evitadas por meio ações que envolvam não só o campo da saúde, mas as demais esferas governamentais que contribuem para o bem-estar da população.

Diferentes formas de organização social podem contribuir ou não para uma vida mais saudável, “os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e cultura” produzem padrões epidemiológicos de classe (Barata, 2009, p.24).

As condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem são responsáveis pela maior parte da carga de doenças, são os determinantes sociais da saúde. Dentre os determinantes das condições de vida encontram-se os determinantes estruturais que são relacionados ao posicionamento do indivíduo na sociedade, como educação, ocupação e renda, mecanismos que mantêm a estratificação social e as causas mais profundas das iniquidades em saúde (WHO, 2011).

Segundo Kawachi et al (2002), a ciência apresenta dificuldades em medir as desigualdades em saúde e sua magnitude, visto que envolve juízo social para determinar se a desigualdade é ou não injusta. Dentre as abordagens usadas para avaliar as desigualdades em saúde, está a avaliação das diferenças de saúde entre grupos.

A escolaridade é um dos indicadores mais utilizados para analisar diferenças de saúde entre grupos (Mackenbach et al, 2008; Braveman et al, 2010). É um indicador que possui estabilidade, visto que para parte significativa da população é consolidado basicamente no final adolescência. Também constitui uma variável de mais fácil obtenção, em comparação aos outros indicadores de nível socioeconômico e, de acordo com Ferraro (2010), a educação influencia determinantemente a dimensão de classe social. Como já discutido, o contexto histórico em que se deu a escolarização feminina é marcado por desigualdades de gênero, desigualdades sociais e de poder, que até hoje refletem na posição no mercado e nas condições de vida das mulheres.

A complexidade da determinação social da saúde e da doença deixa ao setor saúde o compromisso de amenizar a iniquidade em saúde. Para Barata (2009) a equidade na oferta de serviços de saúde deve proporcionar acesso igual para necessidades de saúde iguais (equidade horizontal) e maior acesso para grupos com maiores necessidades (equidade vertical), ou seja, acesso aos serviços de saúde a todos, independente das condições sociais, mas de forma diferenciada aos grupos socialmente mais vulneráveis, a fim de reduzir ou até mesmo anular a desvantagem social.

1. 3. Inquéritos de saúde

A obtenção de dados sobre condições de saúde e uso de serviços de saúde de segmentos populacionais como o de mulheres pode ser viabilizada pela realização de inquéritos de base populacional.

Os inquéritos possibilitam coletar informações sobre estado de saúde, estilo de vida/comportamentos relacionados à saúde, uso de serviços de saúde e sobre as desigualdades sociais nesses indicadores (Barros, 2008). Os estudos transversais de base populacional são os únicos meios disponíveis para coletar dados sobre fatores de risco, morbidade referida, autoavaliação da saúde e comportamentos não saudáveis (Viacava, 2002). Além disso, permitem avaliar a desigualdade social em saúde, visto a forte evidência da influência da escolaridade, distribuição de renda e de outros indicadores sociais sobre a saúde (Waldman et al, 2008).

No Brasil, até a década de 70, o estado de saúde da população era avaliado por meio de indicadores de mortalidade. Com a transformação do padrão epidemiológico brasileiro, com quedas nas taxas de mortalidade, aumento da expectativa de vida e aumento da prevalência de doenças crônicas, houve a necessidade de instrumentos que medissem também morbidades e comportamentos. Assim, os inquéritos de saúde começam a ser usados no Brasil para coletar informações de saúde e contribuir na elaboração, monitoramento e avaliação de políticas públicas (Viacava et al, 2002; Barros, 2008).

Em 1967 inicia-se a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), com a coleta de dados socioeconômicos e demográficos de cerca de 30 mil domicílios, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Hoje a PNAD coleta dados de cerca de 110 mil domicílios. Em 1981 foi a campo o primeiro Suplemento Saúde da PNAD com informações de morbidades e de acesso e utilização de serviços de saúde. Em 2003, o Ministério da Saúde firmou um compromisso de realizar o Suplemento Saúde com intervalo de 5 anos, sendo o último realizado em 2008 (Travassos et al, 2008).

Entre 2001 e 2002 por meio de uma parceria entre a Faculdade de Saúde Pública da USP, a Faculdade de Medicina da USP, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, a Faculdade de Medicina da Unesp-Botucatu e o Instituto de Saúde da Secretaria

de Estado da Saúde de São Paulo, foi realizado o Inquérito Multicêntrico de Saúde do Estado de São Paulo (ISA-SP 2001/2002), que compreendeu os municípios de Campinas e de Botucatu e uma área formada pelos municípios de Taboão da Serra, Embu, Itapeçerica da Serra e o Distrito de Saúde do Butantã no município de São Paulo. Situação de saúde, comportamentos relacionados à saúde e uso de serviços foram analisados. No ano de 2008 foi novamente feito esse inquérito no município de São Paulo, denominado como ISA-Capital.²

Também em 2002 e 2003, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) realizou um inquérito de saúde com pessoas de 15 ou mais anos de idade, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal a fim de identificar o perfil de saúde/doença e comportamento dessa população (Ministério da Saúde, 2004c).

No ano de 2006 é implantado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) para monitorar as doenças crônicas não-transmissíveis e seus fatores de risco (Ministério da Saúde, 2007). Em 2008, pela primeira vez, o VIGITEL foi realizado em Campinas.

Entre 2008 e 2009 também foi realizado no município de Campinas, o ISACAMP 2008. O inquérito de base populacional oriundo do ISA-SP foi reformulado visando aprimorar o instrumento e possibilitar outras análises. Informações de adolescentes, adultos e idosos sobre condições de saúde, comportamentos relacionados à saúde e uso de serviços de saúde foram pesquisadas³.

Desta forma, os inquéritos populacionais possibilitam subsidiar políticas públicas que centrem esforços em estratos socialmente mais vulneráveis a fim de contribuir com a equidade em saúde.

² <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/>

³ <http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/>

2. Objetivos

2. 1. Objetivo geral

Avaliar o grau de desigualdades sociais das condições de saúde e do uso de serviços de saúde de mulheres adultas residentes na área urbana do município de Campinas, São Paulo, utilizando o nível de escolaridade para a definição dos estratos sociais.

2. 2. Objetivos específicos

- Avaliar a condição de saúde-doença das mulheres de 20 a 59 anos de idade segundo o nível de escolaridade.
- Analisar o uso de serviços de saúde das mulheres de 20 a 59 anos segundo o nível de escolaridade.

3. Material e métodos

3. 1. Local do estudo

Campinas, cidade localizada a aproximadamente 100 km da capital do estado de São Paulo, possui área territorial de 887 km². No último Censo a população total do município era de 1.080.113 habitantes, sendo 559.248 mulheres, das quais, 60,7% tinham entre 20 e 59 anos de idade (IBGE, 2011).

Conforme indicadores do Censo de 2010, cerca de 66% das mulheres era da cor/raça branca e cerca de 32% era preta ou parda. Em aproximadamente 31% dos domicílios, a renda mensal *per capita* era de um ou menos salário mínimo. Em torno de 73% dos domicílios eram próprios e cerca de 85% dos domicílios viviam até 4 pessoas (IBGE, 2011). A média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos foi de 8,5 e a taxa de analfabetismo foi de 5%.⁴

O município de Campinas respondeu por 29,5% da produção industrial do estado de São Paulo, tem um PIB *per capita* de R\$29.363,06 e um elevado Índice de Desenvolvimento Humana (IDH), estimado pela Fundação Seade em 0,852 para o ano de 2008⁴, além disso, Campinas é reconhecida por possuir vários centros de saúde e de pesquisa de notório reconhecimento.

Em 2009, a mortalidade infantil em Campinas foi de 11,3 mortes por 1000 nascidos vivos, e se observou um aumento, comparado ao ano anterior, nos coeficientes de mortalidade neonatal precoce, tardia e pós-neonatal restrito ao pior nível socioeconômico, revelando o impacto da desigualdade socioeconômica no município (Barros et al, 2010). Desigualdade social também foi observada na proporção de mães adolescentes em Campinas, entre os anos 2000 a 2002 e 2006 a 2008 houve crescimento da desigualdade, de 1,8 vezes mais frequente no estrato de pior nível socioeconômico comparativamente ao de melhor para 2,5 vezes, respectivamente, entre os dois triênios. Contudo, o percentual de gestantes com menos de 7 consultas de pré-natal diminuiu entre esses dois períodos, atingindo valores semelhantes independente do estrato social, o que aponta a redução da desigualdade no acesso às consultas de pré-natal (Barros et al, 2010a).

⁴ <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>

Campinas conta com 94 estabelecimentos públicos de saúde, sendo, entre outros, 61 unidades básicas de saúde, 18 unidades de referência e 10 unidades de urgência e emergência (Secretaria Municipal de Saúde, Campinas-SP, 2011).

3. 2. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional. Foram utilizados os dados do Inquérito de Saúde realizado no município de Campinas em 2008 (ISACAMP 2008) que foi precedido pelo inquérito ISA-SP, realizado em 2001/2002 (Projeto ISA), que incluiu o município de Campinas entre as quatro áreas estudadas (Barros et al, 2008a). O Projeto ISACAMP 2008 recebeu financiamento do CNPq (Processo nº 409747/2006-8) e da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Já o ISA-SP (2001/2002) foi apoiado pela FAPESP pelo Programa de Pesquisa em Políticas Públicas (Processo nº 1998/14099-7), e pela instituição parceira, que foi a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O ISACAMP 2008⁵ objetivou obter informações sobre estado de saúde, comportamentos relacionados à saúde e uso de serviços de saúde segundo nível socioeconômico de pessoas com 10 anos ou mais, residentes na área urbana do município de Campinas.

O processo de amostragem foi feito em dois estágios. No primeiro estágio, foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município de Campinas com probabilidade proporcional ao número de domicílios. Foi feito um sorteio sistemático, no qual os setores foram ordenados pelo percentual de chefes de família com nível universitário.

No segundo estágio, sortearam-se os domicílios. O inquérito objetivou analisar três estratos da população, denominados domínios de idade: de 10 a 19 anos; 20 a 59 anos e 60 ou mais, respectivamente, adolescentes, adultos e idosos. Para cada um desses domínios

⁵ O plano de amostragem do ISACAMP 2008 foi elaborado por Maria Cecília Goi Porto.

de idade, foram sorteadas amostras independentes de domicílios nos setores censitários previamente sorteados.

A Tabela 1 mostra a distribuição da população nos domínios de idade. São dados do Censo de 2000, fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

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

Idade (anos)	População
10 a 19	168759
20 a 59	541414
60 ou +	91271
Total	801444

Para o sorteio das amostras optou-se pelo tamanho igual a 1000 pessoas de cada domínio de idade. Para a estimativa desse número, considerou-se um erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais, intervalos de confiança de 95% e efeito de delineamento de 2 para a estimativa de uma proporção de 0,50.

Como se definiu tamanhos iguais de amostra para cada domínio de idade, e a população de adolescentes, adultos e idosos são diferentes, as probabilidades de sorteio para cada estrato foi distinta.

Nos setores censitários urbanos, de acordo com o Censo de 2000, havia em Campinas 282.147 domicílios. Para calcular quantas domicílios seriam sorteados, calculou-se a razão de pessoas de cada domínio pelos domicílios. Dividiu-se 1000 por essa média, já que 1000 era o número desejado da amostra. Por exemplo, a população de adultos conforme o Censo de 2000 em Campinas era de 541.414 pessoas, dividido por 282.147 domicílios, tem-se a razão de 1,91 adultos por domicílio. Sendo a amostra definida de 1000 adultos, dividiu-se 1000 por 1,91, portanto, para conseguir 1000 adultos terá que sortear 522 domicílios (Tabela 2).

Tabela 2. Razão população/domicílios e números de domicílios da amostra, segundo domínio de estudo.

Domínio	Razão	Domicílios amostra
10 a 19 anos	0,598124	1672
20 a 59 anos	1,918908	522
60 anos ou +	0,323487	3092

O resultado representou o número de domicílios que deveriam ser sorteados para cada domínio de idade para a obtenção de 1000 entrevistas em cada um deles (Tabela 3). Para o cálculo de quantos domicílios por setor deveriam ser sorteados, calculou-se a razão número de domicílios por 50 setores, de cada domínio.

Tabela 3. Números de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo.

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

Por fim, foram sorteados números 20% maiores de domicílios por setor, prevendo-se a ocorrência de não resposta e de domicílios vagos. Atingindo então 2150, 700 e 3900 domicílios sorteados para cada domínio de idade, respectivamente, adolescentes, adultos e idosos.

Na presente pesquisa foram analisados apenas os dados de mulheres com idade entre 20 e 59 anos.

3. 3. Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas domiciliares por entrevistadores treinados, com ao menos segundo grau completo. Para cerca de 5% do total de entrevistas realizadas foram feitos retestes para verificar a confiabilidade das informações coletadas.

As variáveis pesquisadas para o presente estudo foram obtidas do questionário respondido diretamente pela mulher sorteada. O questionário, com a maioria das questões fechadas, foi estruturado em 14 blocos divididos por temas. Para a presente pesquisa foram utilizadas informações dos blocos sobre: características demográficas e socioeconômicas, estado de saúde e uso de serviços de saúde.

3. 4. Variáveis do estudo

3. 4. 1. Variável independente

Para caracterizar os segmentos sociais analisados, foi definido como variável independente a escolaridade. No questionário do Inquérito ISACAMP 2008 (anexo 1), no bloco M “Características socioeconômicas”, encontra-se a variável M11 “Até que ano da escola você completou?”, que é uma variável categórica ordinal (nunca frequentou, não sabe ler e escrever; nunca frequentou, sabe ler e escrever; 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental);...). Para trabalhar com essa variável atribuiu-se números correspondentes aos anos de estudo para cada categoria, por exemplo, 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) corresponde a 4 anos de estudo, e assim, somou-se os anos de estudo de todas as categorias. Em seguida, categorizou-se de 0 a 8 anos de estudo e 9 ou mais anos, o que possibilitou discriminar mulheres com até o Ginásio ou Ensino Fundamental completo, das mulheres com no mínimo o Colegial ou Ensino Médio incompleto, respectivamente. Desta forma, obteve-se também um número semelhante de mulheres em cada categoria, favorecendo as análises em cada estrato social, definido pelo nível de escolaridade feminino.

3. 4. 1. Variáveis dependentes

As variáveis dependentes analisadas foram:

- **Variáveis demográficas e socioeconômicas:** faixa etária (20-29,30-39,40-49,50-59), cor da pele/raça autorreferida (branca, preta ou parda), situação conjugal (casada, vive junto/amasiada, desquitada/separada/divorciada/viúva, solteira), número de filhos (0, 1, 2, 3 ou mais), religião (católica, evangélica, sem religião/outras), atividade ocupacional remunerada (sim/não), renda familiar *per capita* (calculada em número de salários mínimos: <1SM, >=1 SM), número de equipamentos no domicílio (1 a 9, 10 ou mais), posse de plano de saúde privado (sim, não) e escolaridade do chefe da família (0-8, 9 ou mais anos).

- **Estado de saúde e morbidades:** morbidade nas últimas duas semanas (sim, não); doenças diagnosticadas por médico ou outro profissional de saúde listadas em um *checklist* (sim, não): hipertensão arterial, diabetes, doença do coração, reumatismo/artrite/artrose, asma/bronquite/enfisema, tendinite/LER/DORT, problema circulatório, e número de doenças crônicas autorreferidas entre as relacionadas (nenhuma, duas ou mais); problemas de saúde referidos (sim/não): dor de cabeça/enxaqueca, dor nas costas/problema de coluna, alergia, problema emocional (ansiedade/tristeza), tontura/vertigem, insônia, problema urinário, e número de problemas de saúde autorreferidos entre os relacionados (nenhum, dois ou mais); obesidade (sim, não) definida como $IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$; Transtorno Mental Comum (TMC) (sim, não) avaliado pelo *Self-Report Questionnaire* (SRQ – 20), com ponto de corte maior ou igual a 8 pontos (Mari e Williams, 1986); autoavaliação da saúde ruim/muito ruim (sim, não); deficiência visual (sim, não); uso de óculos e/ou lentes (sim, não); prótese dentária (sim, não); acidente no último ano (sim, não); e violência no último ano (sim, não).

- **Uso de serviços de saúde (sim, não):** uso de serviços de saúde nas últimas duas semanas; hospitalização, cirurgia e visita ao dentista no último ano; uso de

medicamentos nos últimos três dias; exame de Papanicolaou nos últimos três anos (Ministério da Saúde, 2010); autoexame das mamas no último mês; exame clínico das mamas no último ano, para mulheres de 40 a 59 anos (Ministério da Saúde, 2004); mamografia nos últimos dois anos para mulheres com 50 a 59 anos (Ministério da Saúde, 2004); e vacinação contra rubéola alguma vez na vida, para mulheres de 20 a 49 anos, que abrange a idade fértil suscetível à Síndrome da Rubéola Congênita (Ministério da Saúde, 2008a).

3. 5. Análise dos resultados

Os dados coletados foram digitados no programa *EpiInfo* 6.04b (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e foram analisados com o uso do programa Stata 11.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos) que permite considerar as características do desenho amostral complexo.

Na análise, foram estimadas as prevalências e os intervalos de confiança de 95% das variáveis relativas às condições de saúde e ao uso de serviços de saúde segundo o nível de escolaridade. Para avaliação da associação entre variáveis dependentes e independentes foi utilizado o teste X^2 com nível de significância de 5%. Foram calculadas as razões de prevalências brutas e ajustadas utilizando modelos de regressão simples e múltipla de Poisson.

3. 6. Aspectos éticos

A presente pesquisa não submeteu as mulheres envolvidas a nenhum risco à saúde, assim como, elas não receberam nenhum benefício além de contribuírem para a realização de uma pesquisa cujos resultados podem subsidiar o planejamento de políticas públicas. A identidade das participantes é mantida em sigilo e estão asseguradas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo qual foram informadas sobre a pesquisa e assinaram para que sua participação fosse aceita.

Mediante a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em adendo ao parecer nº 079/2007, do projeto ISACAMP 2008.

4. Resultados

4. 1. Artigo

DESIGUALDADES SOCIAIS NA SAÚDE EM MULHERES ADULTAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO

SOCIAL INEQUALITY IN HEALTH AMONG ADULT WOMEN IN CAMPINAS, SAO
PAULO

Caroline Senicato¹, Marilisa Berti de Azevedo Barros¹

Correspondência

C Senicato

Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas.
Rua Tessália Vieira de Camargo 126,
13084-971, Campinas, São Paulo
carolinesenicato@hotmail.com

(Submetido à revista “Cadernos de Saúde Pública”)

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

Resumo

Objetivou-se avaliar desigualdades sociais no estado de saúde e uso de serviços de saúde segundo o nível de escolaridade entre mulheres adultas. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com 508 mulheres de 20 a 59 anos residentes em Campinas, São Paulo (ISACAMP 2008). Mulheres com menor escolaridade apresentam maior prevalência de hipertensão, problemas circulatórios, dor de cabeça, tontura, obesidade, transtorno mental comum, pior saúde autorreferida, uso de prótese dentária e deficiência visual, mas menor prevalência de uso de óculos. Não houve diferença entre os dois segmentos na prevalência de consultas nas duas últimas semanas, uso de medicamentos nos últimos três dias, exame de Papanicolaou, autoexame das mamas, exame clínico das mamas, hospitalizações e cirurgias no último ano e vacinação contra rubéola na vida. Diferenças significativas foram apenas ao serviço odontológico e à mamografia. Há presença de desigualdades sociais em diversos indicadores de saúde e presença de equidade no acesso a vários componentes dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Desigualdades em Saúde; Iniquidade Social; Inquéritos de Morbidade e Escolaridade.

Abstract

The aim of the present study was to assess social inequalities in health status and use of health services according to educational status between adult women. A population-based cross-sectional study involving carried out 508 women aged 20 to 59 years old residents of Campinas, Sao Paulo State (ISACAMP 2008). Women with a lower degree of schooling are in a greater prevalence of hypertension, circulatory problems, headache, dizziness, obesity, common mental disorder, worse self-rated health, dental prosthesis and visual impairment, but a lower prevalence of glasses. There were no differences between in the use of health services in the previous two weeks, use of medication in the previous three days, Pap smears, monthly breast self-examination, clinical breast examination, hospitalizations and surgeries in the previous year and rubella vaccination in life. Significant differences were only to dental visits and mammograms. The results demonstrate social inequalities in different health indicators, along with equity in access to some health service components.

Keywords: Women's Health, Health Inequalities, Social Inequity, Morbidity Surveys and Educational Status.

DESIGUALDADES SOCIAIS NA SAÚDE EM MULHERES ADULTAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO

Introdução

As mulheres encontram-se entre os segmentos sociais afetados pela iniquidade em saúde, em decorrência da história vivida de discriminação e desvantagens¹. Elas constituem a maioria da população brasileira, participam significativamente da força produtiva do país² e desempenham um papel central na organização e cuidado da família e da moradia. Mas, as condições de vida das mulheres diferenciam-se profundamente dependendo do segmento socioeconômico a que pertencem e isso influencia distintamente no perfil de saúde e morbidade.

Dentre as doze doenças investigadas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 2008, hipertensão, doença de coluna, artrite/reumatismo, depressão, bronquite/asma, doença do coração, diabetes, tendinite/tenossinovite, insuficiência renal crônica e câncer foram significativamente mais prevalentes nas mulheres³. Contudo, desigualdades são observadas nas condições de saúde entre segmentos de mulheres com diferentes características sociais como escolaridade⁴, renda⁵, ocupação⁶, raça e etnia e local de moradia³. Dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apontaram maior prevalência de uma ou mais doenças crônicas entre as mulheres com menor nível de escolaridade⁷ e diminuição da prevalência de hipertensão arterial com o aumento do nível educacional⁸. Em mulheres norteamericanas, o baixo nível socioeconômico também revelou-se associado a um pior perfil de biomarcadores para doenças cardiovasculares e diabetes⁵. Dados de 22 países europeus apontaram que em todos eles a taxa de mortalidade, exceto por câncer de mama, é maior no estrato de menor escolaridade, sendo que na população feminina 51% dos óbitos femininos por doença cardiovascular aconteceram no menor nível educacional⁹.

As mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência que os homens, mas tem sido constatado que são as integrantes de família com maior renda, de famílias em que o chefe possui maior escolaridade e de famílias chefiadas por homens que

apresentaram maior chance de utilizar serviços de saúde¹⁰. As desigualdades sociais entre as mulheres revelam-se também no acesso a práticas preventivas. Em revisão sistemática, o acesso ao exame de Papanicolaou no Brasil esteve associado a maiores níveis de escolaridade¹¹. Desigualdade também foi encontrada para o exame de mamografia, em que a chance de realização aumenta com a renda familiar *per capita* e com a escolaridade, e revela-se mais elevada nas mulheres casadas e que possuem plano de saúde¹². Dados da PNAD de 2008 confirmam a maior utilização do SUS nos segmentos de menor renda e escolaridade e entre aqueles que não possuem plano privado de saúde, demonstrando a importância do serviço público para a população socialmente menos favorecida¹³. Garantir acesso ao sistema de saúde a todos os grupos sociais, principalmente aos estratos com maior vulnerabilidade, significa minimizar as desigualdades sociais em saúde e compensar a iniquidade socioeconômica inicial¹⁴.

Na Reunião sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis da Organização das Nações Unidas de 2011, o Brasil reafirmou a saúde da mulher como prioridade de governo, e para isso, entre outros objetivos, assegurou ampliar o acesso a exames preventivos, para reduzir a morbidade e mortalidade por câncer de mama e de útero, e garantir o acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes, sobretudo para a parcela mais carente da população¹⁵.

Considerando a importância das políticas voltadas à promoção da saúde feminina e as desigualdades que prevalecem entre os segmentos sociais da população, o objetivo deste estudo foi determinar a magnitude da iniquidade social no estado de saúde e no uso de serviços de saúde de mulheres de 20 a 59 anos residentes na área urbana do município de Campinas, segundo estratos sociais definidos pelo nível de escolaridade. Busca-se avaliar o grau de desigualdade social que prevalece em diferentes dimensões de saúde e propiciar informações para intervenções mais efetivas de promoção da equidade.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que utilizou dados do Inquérito de Saúde do Município de Campinas – ISACAMP 2008, realizado pelo Centro

Colaborador em Análise de Situação de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

A pesquisa visou obter informação sobre três domínios de idade: adolescente (10 a 19 anos), adulto (20 a 59 anos) e idoso (60 anos ou mais). O tamanho da amostra foi definido considerando a estimativa de uma proporção de 0,50, com um erro máximo de 4 a 5 pontos percentuais, com intervalo de confiança de 95% e efeito de delineamento de 2, resultando em 1000 indivíduos para cada domínio de idade: adolescente, adulto e idoso. Esperando 80% de taxa de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1250 indivíduos de cada domínio.

O processo de amostragem do ISACAMP 2008 envolveu dois estágios: setores censitários e domicílios. No primeiro estágio, foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município de Campinas com probabilidade proporcional ao número de domicílios. Foi feito um sorteio sistemático, no qual os setores foram previamente ordenados pelo percentual de chefes de família com nível universitário. No segundo estágio da amostra foram sorteados os domicílios nos 50 setores previamente selecionados. Para cada um dos domínios de idade, foram sorteadas amostras independentes de domicílios. Com base na probabilidade dos moradores de cada grupo etário residir no domicílio, conforme dados do Censo Demográfico de 2000, foram sorteados 2150, 700 e 3900 domicílios, respectivamente para entrevistas com adolescentes, adultos e idosos. Foram entrevistados todos os residentes do domicílio, que fossem do domínio sorteado. (Maiores detalhes do plano amostral encontram-se em: http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf).

No presente estudo foram analisados somente os dados de adultos do sexo feminino na faixa de 20 a 59 anos de idade.

Informações demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde, de comportamentos relacionados à saúde e de uso de serviços de saúde foram obtidas por meio de um questionário estruturado, previamente testado, aplicado por entrevistadores treinados e supervisionados. A entrevista foi feita com a pessoa selecionada.

As variáveis analisadas neste estudo foram:

- **Escolaridade** (variável utilizada para caracterizar os segmentos sociais analisados), avaliada em anos de estudo e categorizada em: 0 a 8 anos de estudo e 9 anos ou mais.

- **Variáveis demográficas e socioeconômicas:** faixa etária, cor da pele/raça autorreferida, estado conjugal, número de filhos, religião, atividade ocupacional remunerada, renda familiar mensal *per capita* (calculada em número de salários mínimos), número de equipamentos no domicílio (incluindo: rádio, televisão, geladeira, freezer, máquina de lavar roupa, entre outros), posse de plano de saúde privado e escolaridade do chefe da família.

- **Estado de saúde e morbidades:** morbidade nas últimas duas semanas; doenças (referidas como tendo sido diagnosticadas por médico ou outro profissional de saúde) listadas em um *checklist*: hipertensão arterial, diabetes, doença do coração, reumatismo/artrite/artrose, asma/bronquite/enfisema, tendinite/LER/DORT, problema circulatório; número de doenças crônicas referidas entre as relacionadas acima; problemas de saúde: dor de cabeça/enxaqueca, dor nas costas/problema de coluna, alergia, problema emocional (ansiedade/tristeza), tontura/vertigem, insônia e problema urinário; número de problemas de saúde autorreferidos entre os relacionados acima; obesidade definida como $IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ e estimada com peso e altura referidos; transtorno mental comum (TMC) avaliado pelo *Self-Report Questionnaire* (SRQ – 20), com ponto de corte maior ou igual a 8 pontos¹⁶, autoavaliação da saúde ruim/muito ruim; deficiência visual, uso de óculos e/ou lentes, uso de prótese dentária, ocorrência de acidente e de violência no último ano.

- **Uso de serviços de saúde:** uso de serviços de saúde nas últimas duas semanas; uso de medicamentos nos últimos três dias; visita ao dentista, hospitalização e cirurgia no último ano; exame de Papanicolaou nos últimos três anos¹⁷; autoexame das mamas no último mês; exame clínico das mamas no último ano, para mulheres de 40 a 59 anos¹⁸; mamografia nos últimos dois anos para mulheres com 50 a 59 anos¹⁸; e vacinação contra rubéola alguma vez na vida, para mulheres de 20 a 49 anos, que abrange a idade fértil suscetível à Síndrome da Rubéola Congênita¹⁹.

Neste estudo, as variáveis dependentes foram as variáveis indicadoras das condições de saúde e do uso de serviços de saúde e a variável independente foi o nível de

escolaridade (anos de estudo). As outras variáveis demográficas e socioeconômicas foram utilizadas para descrever as características sociais dos dois estratos de mulheres definidos pelo nível de escolaridade.

As associações entre as variáveis foram determinadas por meio do teste de qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Modelos de regressão simples e múltipla de Poisson com variância robusta foram usados para estimar as razões de prevalências brutas e ajustadas e seus intervalos de confiança de 95%. A idade (contínua) foi utilizada como variável de ajuste para controlar as diferenças da estrutura etária entre os dois segmentos de mulheres analisados e o número de doenças crônicas foi utilizado no ajuste dos indicadores de uso de serviços que são influenciados por morbidades. As análises estatísticas realizadas com o programa Stata versão 11.0, módulo *svy*, consideraram os pesos amostrais e o efeito do delineamento do estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em adendo ao parecer nº 079/2007.

Resultados

Dos domicílios sorteados para a amostra de adultos, em 19,6% não foi possível realizar o arrolamento por recusa (10,1%) ou por não ter encontrado um morador (3,7%) ou outro motivo (5,8%). Dos 1082 adultos encontrados no domicílio e que deveriam ser entrevistados, houve uma taxa de recusa de 11,5%. A amostra deste estudo foi composta por 508 mulheres com idades entre 20 a 59 anos, 29,8% da população de mulheres estudada encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e 19,5% na faixa de 50 a 59 anos. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as mulheres dos dois estratos de escolaridade em relação a todos os indicadores demográficos e socioeconômicos analisados (Tabela 1). No segmento de maior grau de escolaridade, em comparação ao de menor grau, houve maior proporção de mulheres mais jovens, de cor branca, solteiras, sem nenhum filho, católicas, que exercem atividade ocupacional remunerada, com maior renda familiar mensal *per capita*, maior número de equipamentos no domicílio, que possuem plano de saúde privado e com o chefe de família com maior grau de escolaridade.

Em relação ao estado de saúde (Tabela 2) após ajuste por idade, mulheres de menor nível educacional referiram maior prevalência de hipertensão arterial (RP= 1,58), de problemas circulatórios (RP= 1,92) e de apresentar duas ou mais doenças crônicas entre as dez pesquisadas (RP= 1,60). Mulheres com menor nível de escolaridade também referiram maior prevalência de: dor de cabeça (RP= 1,76), tontura (RP= 2,03), ter dois ou mais problemas de saúde entre os sete pesquisados (RP= 1,37), obesidade (RP= 1,49), transtorno mental comum (RP= 2,10), saúde autorreferida como ruim ou muito ruim (RP= 2,52), deficiência visual (RP= 1,85) e uso de prótese dentária (RP= 4,97). Apenas a prevalência de uso de óculos ou lentes (RP= 0,70) foi menor entre as mulheres com até 8 anos de estudo, em relação ao segmento de maior escolaridade.

Sobre o uso de serviços de saúde, mulheres pertencentes ao estrato de menor escolaridade apresentaram prevalências significativamente menores de visita ao dentista no último ano (RP= 0,64) e de realização de mamografia (RP= 0,63) nos últimos dois anos (Tabela 3). Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois níveis educacionais quanto ao uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas, uso de medicamentos nos últimos três dias, e hospitalizações e cirurgias no último ano, mesmo na análise ajustada pelo número de doenças referidas. Também não foram constatadas diferenças quanto ao autoexame mensal das mamas, exame clínico das mamas realizado no último ano, realização de Papanicolaou nos últimos três anos e vacinação contra rubéola alguma vez na vida.

Discussão

Os achados mais significativos do presente estudo foram: a marcante desigualdade socioeconômica entre os dois estratos de escolaridade na população de mulheres estudadas, que se expressa em disparidades de vários problemas de saúde, e a ausência de desigualdades em relação a vários dos indicadores analisados de uso de serviços de saúde.

A forte associação observada entre variáveis socioeconômicas e demográficas com a escolaridade revelou dois segmentos sociais distintos, com as mulheres de menor

grau escolar apresentando, como esperado, as piores condições de vida. A escolaridade é um dos indicadores mais utilizados para analisar desigualdades sociais em saúde^{9,4} e é reconhecido que ela continua a influenciar determinadamente a dimensão de classe social²⁰. Foi utilizado como referência o modelo teórico sobre determinantes sociais da saúde de Solar e Irwin²¹. Nesse modelo, a educação (relacionada ao contexto político e socioeconômico) está entre os determinantes estruturais das iniquidades em saúde, assim como a renda e a ocupação. Esta dimensão influencia as circunstâncias materiais de vida (condições de moradia, trabalho, disponibilidade de alimentos, etc), fatores comportamentais, biológicos e psicossociais que geram impacto sobre a equidade em saúde, o bem-estar e o uso de serviços de saúde, assim como a própria prevalência de doenças também impacta sobre o uso de serviços. Sendo um determinante social, a educação, está relacionada ao posicionamento do indivíduo na sociedade, à estratificação social e às causas mais profundas das iniquidades em saúde²². O contexto histórico em que se deu a escolarização feminina, marcado por desigualdades de gênero, socioeconômicas e de poder, reflete ainda hoje nas condições de vida das mulheres e na posição e salários no mercado de trabalho. Apesar da escolaridade não captar todo o efeito da condição social sobre a saúde, é uma variável de mais fácil obtenção, em comparação a outros indicadores de nível socioeconômico, é bastante utilizada o que possibilita maior comparabilidade e possui estabilidade, visto que para parte significativa da população é consolidada basicamente no final da adolescência. Observou-se maior proporção de mulheres jovens no estrato de maior escolaridade, o que decorre do aumento ao acesso ao sistema educacional brasileiro que vem ocorrendo progressivamente nas gerações mais novas. O ponto de corte escolhido considerou o nível de escolaridade da população estudada e o tamanho da amostra disponível, que foi satisfatório para as análises em cada categoria. Os achados da Tabela 1 apontam que o indicador utilizado neste estudo foi adequado para discriminar os dois estratos sociais.

No presente estudo, foi encontrada maior razão de prevalência, ajustada para idade, de duas ou mais condições crônicas no segmento de menor escolaridade. Dados das PNADs realizadas em 2003 e 2008 e do VIGITEL de 2006, também constataram a forte influência da escolaridade na prevalência de relato de doenças crônicas não-transmissíveis

(DCNT)^{7,3}. A desigualdade em saúde a respeito da prevalência das DCNT é um achado observado com consistência também em estudos realizados em outros países^{4,23}.

Verificou-se também que a hipertensão arterial foi 1,58 vezes mais prevalente entre as mulheres de menor nível educacional, o que confirma resultados de outros estudos realizados na população de mulheres brasileiras⁸ e em população de outros países^{24,5}.

As mulheres pertencentes ao segmento de menor escolaridade também apresentaram prevalência cerca de 2 vezes maior de problemas circulatórios, considerados nesta pesquisa como varizes e acidente vascular cerebral. Desigualdades sociais na prevalência de problemas circulatórios foram relatadas também por outros autores⁵. No Brasil, em 2008, observou-se prevalência decrescente de doença do coração na direção de segmentos com maiores níveis de escolaridade³.

Em relação aos problemas de saúde referidos, o menor nível de escolaridade das mulheres esteve associado à maior prevalência de dor de cabeça freqüente ou enxaqueca. Estudo de base populacional desenvolvido na Dinamarca também encontrou aumento do risco de enxaqueca em mulheres com menor escolaridade, casadas, desempregadas, com grande carga de trabalho físico, obesas e fumantes²⁵. Dados de um estudo prospectivo realizado com uma coorte de 22718 adultos permitiram verificar que os níveis de escolaridade, renda e ocupação estavam associados com dor de cabeça freqüente e crônica²⁶. Segundo autores a associação entre nível socioeconômico e cefaléia pode ter muitas causas, como estresse e estilo de vida não saudável, que predominam nos grupos economicamente desfavorecidos²⁵. Entretanto, vários estudos brasileiros²⁷ e realizados em outros países²⁸ não encontraram associação entre a presença de enxaqueca e o nível socioeconômico, apontando a necessidade de mais pesquisas sobre o tema.

A prevalência de tontura foi cerca de 2 vezes maior entre as mulheres com menor escolaridade. Pesquisa realizada na Alemanha em pessoas com 18 anos ou mais, encontrou associação da escolaridade com a vertigem na análise univariada e na ajustada, que persistiu após ajuste por idade e sexo.²⁹ Em um estudo com pacientes com enxaqueca, tontura e vertigem foram sintomas freqüentes, sendo mais elevados e com maior duração nos dias em que a dor de cabeça esteve presente³⁰. No presente estudo, foi verificada

associação estatisticamente significativa entre dor de cabeça/enxaqueca e tontura/vertigem ($p < 0,01$) (dados não apresentados).

Desigualdades sociais na prevalência de obesidade entre as mulheres têm sido relatadas com consistência em estudos brasileiros³¹ e nos realizados em outros países³². Na presente pesquisa, a obesidade foi cerca de 50% mais prevalente no segmento de menor escolaridade no qual atingiu 23,7% das mulheres. Em pesquisa realizada com dados do VIGITEL de 2006, 11% das mulheres com 18 anos ou mais apresentaram obesidade, sendo este problema 1,96 vezes mais prevalente entre as mulheres com até quatro anos de estudo, quando 12 anos ou mais foi usado como referência³¹. Um estudo transversal realizado em 19 países europeus constatou um gradiente inverso entre escolaridade e sobrepeso e obesidade entre mulheres de 25 a 44 anos³². A condição socioeconômica, além de limitar o acesso a alimentos mais caros e de maior valor nutricional, influencia também o acesso às informações sobre saúde e a adoção de comportamentos de saúde incluindo a seleção de padrões de dieta³³.

Observou-se neste estudo 2,10 vezes mais transtorno mental comum (TMC) entre as mulheres com menor nível de escolaridade. Associação inversa entre escolaridade e TMC foi relatada em outros estudos brasileiros^{34,35}. Mesmo em países mais desenvolvidos, a escolaridade aparece como uma variável socioeconômica fortemente associada aos transtornos mentais comuns³⁶. Segundo alguns autores, a escolaridade ao proporcionar possibilidades mais amplas quanto às condições materiais de vida, influencia atitudes e comportamentos que produzem efeitos positivos na saúde mental³⁷.

A prevalência de saúde autorreferida como ruim ou muito ruim na população feminina foi 2,52 vezes maior no estrato de mulheres com menor escolaridade. Dados analisados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico com população de 18 anos ou mais revelaram prevalência 3,11 vezes maior de saúde autoavaliada como ruim em mulheres com até 8 anos de escolaridade, quando 12 ou mais anos de escolaridade foi tomado com referência; e destacou ainda o forte efeito da escolaridade, que não se anulou quando incluídos no modelo de regressão os comportamentos relacionados à saúde³⁸. Esse resultado aponta que os comportamentos em saúde não explicam inteiramente as diferenças socioeconômicas na autoavaliação da saúde,

como coloca a teoria baseada nos comportamentos/estilo de vida, que enfatiza o papel das escolhas individuais. Porém, os comportamentos representam mediadores relevantes do efeito da escolaridade na autoavaliação da saúde. Os comportamentos inadequados à saúde são os principais fatores de risco evitáveis para as DCNT e são mais prevalentes nos segmentos com menor nível de escolaridade³⁵³⁸. Outros estudos realizados no Brasil e em outros países confirmam a existência de desigualdade social na saúde percebida entre as mulheres^{7,39}.

Também foi verificada iniquidade na frequência de deficiência visual, considerada neste estudo como dificuldade de enxergar, ou cegueira de um ou dois olhos. Em uma pesquisa desenvolvida em quatro regiões do estado de São Paulo observou-se maior prevalência de deficiência visual entre indivíduos em que o chefe de família possuía menor grau de escolaridade⁴⁰. Um achado relevante para o município de Campinas é que apesar da deficiência visual ser 1,85 vezes mais prevalente entre as mulheres de menor nível de escolaridade são elas as que menos fazem uso de óculos e/ou lentes (RP= 0,70). Considerando que somente 4,7% das deficiências visuais é cegueira de um olho (dados não apresentados), a maior parte das deficiências poderia ser totalmente ou parcialmente corrigida com o uso de óculos/lentes. Esses dados demonstram a necessidade de ampliação do acesso a serviços oftalmológicos de qualidade pelos segmentos socialmente mais vulneráveis.

As diferenças nas condições de saúde entre as mulheres de diferentes segmentos sociais constatadas em Campinas refletem o efeito da escolaridade na distribuição desigual das condições de vida que expõe diferencialmente os segmentos da população feminina às situações de maior vulnerabilidade para os prejuízos da saúde. A educação como um determinante social, está relacionada às condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham, envelhecem, fatores esses, responsáveis pela maior parte da carga de doenças²².

Um dos achados mais relevantes deste estudo é a ausência de desigualdade, entre os dois estratos de escolaridade, ao acesso à maioria dos serviços de saúde analisados. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao: uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas, de medicamentos nos últimos três dias e de

hospitalização e cirurgia no último ano, mesmo após ajuste pelo número de doenças referidas. A prevalência da realização de Papanicolaou no período recomendado, do autoexame mensal das mamas, do exame clínico das mamas no último ano e da vacinação contra rubéola alguma vez na vida também não foram diferentes entre os dois estratos sociais analisados. Estes dados do município de Campinas diferem dos achados brasileiros em que a desigualdade de acesso aos serviços de saúde é frequentemente constatada. Apesar de alguma diminuição nas desigualdades sociais no acesso ao uso de serviços constatadas entre as PNADs de 2003 e 2008, as condições sociais continuam a influenciar fortemente o uso de serviços de saúde no contexto brasileiro¹³. No Brasil é possível observar maior chance de utilizar os serviços de saúde pelas pessoas com nove anos ou mais de escolaridade em relação àquelas que têm até quatro anos de estudo⁴¹. É preciso, entretanto, considerar que diferente número de estratos e distintos pontos de corte foram utilizados nos diferentes estudos.

Este estudo encontrou no município de Campinas significativa desigualdade no acesso aos serviços odontológicos, assim como constatado em outras pesquisas brasileiras^{42,43}. Contudo, as mulheres com menor nível de escolaridade apresentaram prevalência bem mais elevada de uso de prótese dentária, comparado às mulheres de maior escolaridade. Infere-se que esse segmento não teve acesso adequado aos serviços odontológicos de prevenção e tratamento para evitar perdas de dentes, entretanto teria tido, posteriormente, acesso ao uso de próteses dentárias. A pesquisa por não aprofundar as questões relativas à prótese dentária, como tipo, local e período em que foi feito o tratamento, impede inferir se o acesso foi através do SUS ou com recurso próprio. Desigualdades sociais quanto ao cuidado pessoal, procura e utilização dos serviços odontológicos, e dificuldade de acesso ao tratamento restaurador no setor público podem explicar, em parte, a perda de dentes pelo segmento desfavorecido⁴⁴.

O acesso com equidade ao exame de Papanicolaou detectado neste estudo não tem sido verificado nos vários estudos desenvolvidos no Brasil¹¹, como não era há poucos anos atrás em Campinas. Dados de 2001 do município revelaram que a realização do exame era significativamente inferior em mulheres com até 4 anos de estudo e nas de raça/cor preta/parda⁴⁵. Os achados desta pesquisa demonstram que houve melhoras no acesso ao

exame de Papanicolau, podendo afirmar que o Sistema Único de Saúde como se encontra estruturado no município passou a oferecer acesso com equidade ao exame, haja vista que 55% das mulheres são SUS dependentes.

Diferentemente do exame de Papanicolau, desigualdade importante ainda é encontrada na realização do exame de mamografia, assim como verificado em 2001⁴⁶. A oferta da mamografia ao segmento demográfico menos favorecido ainda é insuficiente, apesar do aumento do percentual de mulheres que realizaram esse exame no município. Outros estudos confirmam a relação positiva entre a realização deste exame e o nível socioeconômico no Brasil¹². A falta de equipamentos e recursos humanos podem ser possíveis fatores que dificultam a equidade no acesso à mamografia no município. A persistência dessa desigualdade de acesso à mamografia exige medidas urgentes dos serviços, visto que o câncer de mama responde pela primeira causa de morte por tumores malignos entre as mulheres em Campinas⁴⁷.

Algumas das limitações do presente estudo decorrem do corte transversal da pesquisa, que não permite fazer inferências causais; do número total de mulheres entrevistadas, que, apesar de adequado para estimar a maior parte das prevalências, mostra-se insuficiente para algumas morbidades e eventos menos frequentes. O uso de informações referidas também constitui uma limitação. Algumas doenças crônicas podem ser subestimadas, já que a doença só é reconhecida após diagnóstico feito por algum profissional de saúde. A magnitude das diferenças entre as prevalências de doenças dos estratos de escolaridade tende a ser subestimadas devido ao menor acesso aos serviços médicos e diagnósticos por parte dos segmentos de menor escolaridade, levando-os, com maior frequência, desconhecer serem portadores de determinadas doenças. A validade da informação referida de doença crônica depende da doença pesquisada, das co-morbidades envolvidas e das características sociodemográficas do respondente⁴⁸. Todavia, o uso de *checklist*⁴⁹ e a entrevista face a face⁵⁰ como foram feitos na presente pesquisa possibilitam o estabelecimento do contato direto entre o entrevistador e o entrevistado, proporcionando melhor interação e verificação *in loco* das condições de vida do entrevistado, contribuindo para a validade das informações obtidas. Outra limitação foi que o tamanho da amostra não permitiu trabalhar com um número maior de estratos de escolaridade, o que poderia

possibilitar a detecção de gradientes entre os vários segmentos. Apesar do tamanho da amostra ter sido calculado para o domínio de adultos, e este estudo abranger somente mulheres adultas, obtivemos um efeito do delineamento (deff), que é um parâmetro que sinaliza a precisão das estimativas obtidas de uma amostragem complexa em comparação à de uma amostragem aleatória simples, próximo a 1,2 para os testes de associação entre o nível de escolaridade e diversas variáveis. Isto significa que para uma prevalência de 0,50 no segmento de mulheres com maior nível de escolaridade, as amostras efetivas de 242 e 184 seriam suficientes para detectar, com poder de pelo menos 80% e erro tipo I de 5%, diferenças significantes de 1 para razões de prevalências inferiores a 0,72 e superiores a 1,28. Portanto, o efeito do delineamento complexo não prejudicou a precisão das estimativas nesse subgrupo de mulheres para a maioria dos testes. Contudo, assume-se que para alguns testes realizados, com razões de prevalências entre 0,72 e 1,28 o poder do estudo é insuficiente para identificar as diferenças como significantes⁵¹. A abrangência temática do inquérito possibilita analisar as desigualdades sociais em diversos aspectos da saúde, assim como monitorar as iniquidades em saúde, fundamentais para subsidiar e avaliar as políticas públicas em saúde⁵².

Para reduzir as desigualdades sociais em saúde é preciso, dentre outras intervenções, ampliar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde, o que pode melhorar o diagnóstico, controle e tratamento das doenças³. A equidade em muitos componentes dos serviços de saúde demonstra a potencialidade do SUS em minimizar as desigualdades sociais iniciais e o acesso ao Papanicolau comprova a capacidade de melhoras de acesso. Já as diferenças encontradas no perfil de saúde e de doença da população de mulheres demonstram, sem ignorar os outros setores governamentais, a necessidade do SUS priorizar ações efetivas de promoção de saúde e equidade, capaz de remediar as desigualdades nos riscos de adoecer e morrer.

A diversidade que existe no Brasil em relação à estruturação e avanços na organização do SUS, evidencia a importância de estudos locais que analisem a situação de saúde e o acesso aos serviços de saúde. À medida que este estudo proporciona dados locais sobre a saúde da mulher pode contribuir com políticas públicas específicas, já que a

descentralização do Sistema Único de Saúde brasileiro propicia gestões que atendam às especificidades, principalmente considerando os grupos mais vulneráveis.

Colaboradores

C Senicato realizou a proposta do artigo, a revisão da literatura, a análise dos dados e redação do artigo. MBA Barros orientou a proposta do artigo, a análise dos dados e a redação do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa de mestrado de C Senicato. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Processo n ° 409747/2006-8) pelo financiamento da pesquisa e pela bolsa de produtividade do MBA 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

1. Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006;27:167-94.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. [on-line] [acesso 2011 Set 02]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
3. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3755-68.
4. Braveman P, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health*. 2010;100(S1):186-96.

5. Kavanagh A, Bentley RJ, Turrell G, Shaw J, Dunstan D, Subramanian SV. Socioeconomic position, gender, health behaviours and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. *Social Science & Medicine*. 2010;71(6):1150-60.
6. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science & Medicine*. 2011;72(4):600-7.
7. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2 Supl):38-47.
8. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2 Supl):98-106.
9. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81.
10. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002;11(5/6):365-73.
11. Martins LPL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(8):485-92.
12. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3649-64.
13. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3807-16.
14. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde (Temas em Saúde). Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. 118p.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Versão Preliminar: Brasília/DF, 2011.
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. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro (RJ), 2010. 42p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama/Documento de Consenso. Brasília(DF), 2004. 39p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano de ação: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil, 2008. Brasília (DF), 2008, 32p.
20. Ferraro AR. Escolarização no Brasil: articulando as perspectivas de gênero, raça e classe social. *Educação e Pesquisa*. 2010;36(2):505-26.
21. 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). Genebra, OMS, 2010.
22. World Health Organization (WHO). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde/Documento de discussão/Todos pela equidade/Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Geneva: WHO; 2011.47p.
23. Braveman PA, Egerter SA, Mockenhaupt RE. Broadening the Focus: The Need to Address the Social Determinants of health. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;40(1):S4-S18.

24. Duda RB, Kim MP, Darko R, Adanu RMK, Seffah J, Anarfi JK, Hill AG. Results of the Women's Health Study of Accra: Assessment of blood pressure in urban women. *International Journal of Cardiology*. 2007;117(1):115-22.
25. Le H, Hansen T, Skytthe A, Kyvik KO, O J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J Headache Pain*. 2011;12:157-172.
26. Hagen K, Vatten L, Stovner LJ, Zwart JA, Krokstad S, Bovim G. Low socioeconomic status is associated with increased risk of frequent headache: a prospective study of 22718 adults in Norway. *Cephalalgia*. 2002;22:672-9.
27. Pahim LS, Menezes AMB, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):692-8.
28. Sabia JJ, Rees DI. Individual heterogeneity and reverse causality in the relationship between migraine headache and educational attainment. *Economics of Education Review*. 2011;30(5):913-23.
29. Neuhauser HK, Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lember T. Epidemiology of vestibular vertigo. A neurologic survey of general population. *Neurology*. 2005;65(6):894-904.
30. Salhofer S, Lieba-Samal D, Freydl E, Bartl S, Wiest G, Wöber C. Migraine and vertigo-a prospective diary study. *Cephalalgia*. 2010;30(7):821-8.
31. Gigante DP, Moura, EC, Sardinha, LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2 Supl):83-89.
32. Roskam AJR, Kunst AE, Van Oyen H, Demarest S, Klumbiene J, Regidor E, Helmert U, Jusot F, Dzurova D, Mackenbach JP. Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2010;39:392-404.
33. Monteiro CA, Wolney LC. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 1999;43(3):186-94.

34. Araújo TM, Pinho PS, Almeida, Guimarães MM. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2005;5(3):337-48.
35. Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(3):250-3.
36. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic. *Social Science & Medicine.* 2010;71(3):517-28.
37. Brown GW, Harris, T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock, 1978.
38. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2 Supl):27-37.
39. White HL, Matheson FI, Moineddin R, Dunn JR, Glazier RH. Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: Are we equally at risk?. *Health & Place.* 2011;17(1):361-9.
40. 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.
41. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006;11(4):975-986.
42. Barros AJD, Bertoldi, AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(4):709-17.
43. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):999-1010.
44. Chavesa SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy.* 2008;86(1):119-28.

45. Amorim VMSL, Barros, MBA, Chester LGC, Carandina L, & Goldbaum, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-38.
46. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11):2623-32.
47. Barros MBA, Marin-León L, Belon AP, Almeida SM, Restitutti MC, Marques TG. Mortalidade infantil. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/Secretaria Municipal de Saúde; 2010. (Boletim de mortalidade: mortalidade por neoplasias).
48. Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57(10):1096-103.
49. Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *J Public Health Med*. 2001;23(3):179-86.
50. Bergmann MM, Jacobs EJ, Hoffmann K, Boeing H. Agreement of self-reported medical history: comparison of an in-person interview with a self-administered questionnaire. *Eur J Epidemiol*. 2004;19(5):411-6.
51. Sousa MH, Silva NN. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):662-70.
52. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1):6-19.

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas segundo estratos de escolaridade de mulheres de 20-59 anos. ISACAMP 2008.

Variáveis	Escolaridade (anos)						Valor de p*
	Total		0-8		9 ou mais		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)							<0,0001
20 a 29	150	29,8	33	15,3	117	40,4	
30 a 39	131	26,2	58	26,9	73	25,6	
40 a 49	126	24,5	62	28,1	64	21,9	
50 a 59	101	19,5	66	29,7	35	12,1	
Total	508		219		289		
Cor da pele/Raça							0,0093
Branca	370	73,8	145	66,5	225	79,1	
Preta ou Parda	135	26,2	73	33,5	62	20,9	
Estado conjugal							<0,0001
Casada	236	46,4	109	49,3	127	44,2	
Vive junto/amasiada	78	15,3	46	21,3	32	11,0	
Desquitada/separada/divorciada/viúva	69	13,3	41	18,8	28	9,4	
Solteira	125	25,0	23	10,6	102	35,4	
Número de filhos							<0,0001
0	133	26,8	21	9,7	112	39,1	
1	107	21,3	39	18,1	68	23,6	
2	137	26,8	68	30,9	69	23,8	
3 ou mais	131	25,1	91	41,3	40	13,5	
Religião							0,0416
Católica	251	49,6	98	44,4	153	53,3	
Evangélica	183	35,5	95	43,4	88	29,8	
Sem religião/outras	74	14,9	26	12,2	48	16,9	
Exerce atividade remunerada							0,0003
Sim	307	60,8	112	51,3	195	67,7	
Não	201	39,2	107	48,7	94	32,3	
Renda familiar per capita (SM)							<0,0001
< 1 SM	218	42,1	134	61,1	84	28,4	
>= 1 SM	290	57,9	85	38,9	205	71,6	
Número de equipamentos							<0,0001
1 a 9	287	55,5	168	76,4	119	40,4	
10 ou mais	220	44,5	51	23,6	169	59,6	
Possui plano de saúde privado							<0,0001
Sim	223	45,0	47	21,6	176	61,9	
Não	285	55,0	172	78,4	113	38,1	
Escolaridade do chefe da família (anos)							<0,0001
0 a 8	264	50,7	178	81,4	86	28,7	
9 ou mais	243	49,3	40	18,6	203	71,3	

*qui-quadrado relativo ao teste

Salário mínimo vigente à época da pesquisa: janeiro a abril/2008: R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009: R\$ 450,00.

Tabela 2 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) de morbidades e problemas de saúde referidos segundo nível de escolaridade de mulheres de 20-59 anos. ISACAMP 2008.

Variáveis	Escolaridade (anos)			p*	RP Bruta ^a	RP Ajustada ^b
	Total %	0-8 %	9 ou + %			
Hipertensão arterial	16,5	24,8	10,6	0,0000	2,34 (1,59-3,46)	1,58 (1,04-2,42)
Diabetes	4,6	6,3	3,4	0,1331	1,85 (0,81-4,21)	1,11 (0,48-2,58)
Doença do coração	4,2	6,2	2,7	0,0686	2,35 (0,91-6,10)	1,69 (0,65-4,37)
Reumatismo/artrite/ Artrose	5,8	9,1	3,4	0,0055	2,69 (1,32-5,48)	1,33 (0,58-3,01)
Asma/bronquite/ enfisema	4,1	4,6	3,8	0,6410	1,23 (0,50-3,04)	0,98 (0,39-2,45)
Tendinite/LER/DORT	7,5	7,3	7,6	0,9080	0,97 (0,53-1,76)	0,76 (0,42-1,39)
Problema circulatório	12,5	20,4	6,8	0,0000	3,01 (1,97-4,60)	1,92 (1,20-3,05)
Prevalência de 2 ou + doenças crônicas	17,2	26,3	10,6	0,0001	2,48 (1,59-3,87)	1,60 (0,99-2,57)
Dor de cabeça/enxaqueca	34,7	45,1	27,2	0,0001	1,66 (1,30-2,11)	1,76 (1,37-2,26)
Dor nas costas/problema de coluna	35,1	43,8	28,8	0,0061	1,52 (1,13-2,05)	1,31 (0,97-1,77)
Alergia	32,5	29,7	34,5	0,3072	0,86 (0,64-1,15)	0,86 (0,64-1,16)
Problema emocional (ansiedade/tristeza)	25,6	31,2	21,5	0,0263	1,45 (1,05-2,00)	1,30 (0,91-1,85)
Tontura/vertigem	12,6	19,1	7,9	0,0001	2,42 (1,56-3,76)	2,03 (1,23-3,36)
Insônia	19,9	25,1	16,1	0,0364	1,56 (1,02-2,37)	1,23 (0,76-1,98)
Problema urinário	4,8	6,7	3,5	0,1176	1,91 (0,83-4,40)	1,75 (0,72-4,24)
Prevalência de 2 ou + problemas de saúde	46,4	56,6	39,1	0,0006	1,45 (1,17-1,79)	1,37 (1,08-1,73)
Morbidade (últimas 2 semanas)	21,9	25,6	19,2	0,1088	1,33 (0,94-1,90)	1,25 (0,85-1,85)
Obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²)	17,7	23,7	13,3	0,0005	1,78 (1,29-2,45)	1,49 (1,05-2,13)
TMC (SRQ 20)	11,9	18,4	7,2	0,0002	2,56 (1,56-4,21)	2,10 (1,25-3,53)
Autoavaliação da saúde ruim/muito ruim	7,5	12,3	4,1	0,0049	3,01 (1,35-6,69)	2,52 (1,04-6,09)
Deficiência visual	13,6	19,6	9,2	0,0028	2,12 (1,27-3,53)	1,85 (1,09-3,15)
Uso de óculos e/ou lentes	44,4	42,4	45,8	0,4281	0,93 (0,76-1,12)	0,70 (0,58-0,84)
Uso de prótese dentária	14,2	28,8	3,6	0,0000	7,98 (3,90-16,32)	4,97 (2,30-10,78)
Acidente (último ano)	5,5	7,2	4,3	0,2762	1,66 (0,65-4,23)	1,65 (0,65-4,21)
Violência (último ano)	5,5	6,0	5,2	0,6247	1,16 (0,62-2,17)	1,17 (0,58-2,36)

^a Modelo de regressão simples de Poisson. Categoria de referência: 9 ou mais anos de escolaridade.

^b Modelo de regressão múltipla de Poisson. Variável de ajuste: idade.

* Teste qui-quadrado.

Destaque em negrito: valores estatisticamente significantes, o intervalo de confiança não compreende o 1.

Tabela 3 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) de uso de serviços de saúde segundo nível de escolaridade de mulheres de 20-59 anos. ISACAMP 2008.

Variáveis	Escolaridade (anos)			p*	RP Bruta ^a	RP Ajustada ^b
	Total %	0-8 %	9 ou + %			
Uso de serviço de saúde (2 últimas semanas)	22,2	22,1	22,4	0,9351	0,99 (0,71-1,38)	0,84 (0,59-1,20) ^c
Uso de medicamentos (últimos 3 dias)	64,1	66,7	62,2	0,3120	1,07 (0,93- 1,23)	0,96 (0,85-1,09) ^c
Visita ao dentista (último ano)	59,7	46,4	69,4	0,0001	0,67 (0,56-0,79)	0,64 (0,54-0,77)
Hospitalização (último ano)	11,1	12,1	10,3	0,4607	1,17 (0,76-1,80)	1,18 (0,74-1,88) ^c
Cirurgia (último ano)	12,8	10,5	14,7	0,1270	0,71 (0,46-1,11)	0,76 (0,46-1,25) ^c
Papanicolaou (últimos 3 anos)	86,2	83,8	87,9	0,2630	0,95 (0,87-1,04)	0,94 (0,86-1,02)
Autoexame das mamas (último mês)	38,2	38,3	38,1	0,9621	1,01 (0,78-1,29)	0,87 (0,68-1,12)
Exame clínico das mamas (último ano) (40-59 anos)	57,5	50,4	66,1	0,0167	0,76 (0,61-0,95)	0,80 (0,63-1,02)
Mamografia (últimos 2 anos) (50-59 anos)	62,1	51,3	80,8	0,0013	0,64 (0,50-0,81)	0,63 (0,50-0,80)
Vacina contra rubéola (20-49 anos)	86,2	84,2	87,3	0,4868	0,96 (0,86-1,07)	0,86 (0,67-1,11)

^a Modelo de regressão simples de Poisson Categoria de referência: 9 ou mais anos de escolaridade.

* Teste qui-quadrado.

^b Modelo de regressão múltipla de Poisson. Variável de ajuste: idade.

^c ajustada pela idade e número de doenças crônicas.

Destaque em negrito: valores estatisticamente significantes, o intervalo de confiança não compreende o 1.

5. Conclusão geral

Este estudo possibilitou avaliar o impacto das desigualdades sociais nas condições de saúde e no uso de serviços de saúde entre as mulheres residentes em Campinas, município que possui uma população total de mais de um milhão de habitantes, com vários centros de referências de saúde e pesquisa, e indicadores econômicos relativamente altos em comparação às médias estaduais (São Paulo, 2010a).

Apesar dos níveis de riqueza acima da média estadual, o Índice Paulista de Responsabilidade Social de 2010, da Fundação Seade, que acompanha o paradigma do IDH e preserva a renda *per capita*, longevidade e escolaridade na criação de um indicador das condições de vida de uma população, revela que Campinas não possui bons indicadores sociais, conforme apontam dados de 2008 (São Paulo, 2010b).

O município está acima da média estadual no escore de longevidade, através da redução dos índices de mortalidade infantil e por faixas etárias específicas. Contudo, em relação à escolaridade (taxa de atendimento à pré-escola entre crianças de 5 a 6 anos, proporção de jovens de 15 a 17 anos com pelo menos 4 anos de estudo ou que concluíram o ensino fundamental, e de jovens de 18 a 19 anos com ensino médio completo) está abaixo da média estadual (São Paulo, 2010b).

O presente estudo confirmou a associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e as condições sociais. O segmento de mulheres com menor nível de escolaridade apresentou menor renda *per capita*, menor disponibilidade de equipamentos no domicílio e menor escolaridade do chefe da família (Tabela 1). Assim, o nível educacional se mostrou um indicador sensível para a detecção das desigualdades sociais em saúde como também relatado por outros autores (Mackenbach et al, 2008; Braveman et al, 2010).

Infere-se que a distribuição desigual das condições de vida expõe diferencialmente os segmentos da população feminina às situações de maior vulnerabilidade para os prejuízos da saúde. Foi o que se constatou ao verificar a associação entre o baixo nível de escolaridade e a maior prevalência de várias morbidades e problemas de saúde entre as mulheres.

A prevalência de duas ou mais doenças crônicas diagnosticadas, entre as 10 pesquisadas, foi de 26,3% no segmento de mulheres com menor nível educacional ao passo

que no maior nível a prevalência foi de 10,6%. A associação entre escolaridade e morbidade verificada no município de Campinas corrobora com o relatado na literatura brasileira (Barros et al, 2011a) e com estudos realizados em outros países (Braveman et al, 2010).

Nesse sentido, o SUS é indispensável nas soluções para as demandas de saúde, independentemente de que segmentos sociais elas venham. As diferenças encontradas no perfil de saúde e de doença da população de mulheres demonstram, sem ignorar os outros setores governamentais, a necessidade do SUS de incorporar ações efetivas de promoção de saúde e equidade, capaz de remediar as desigualdades nos riscos de adoecer e morrer. Para reduzir as desigualdades sociais em saúde é preciso, dentre outras intervenções, ampliar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde, o que pode melhorar o diagnóstico, controle e tratamento das doenças (Barros et al, 2011a).

A ausência de diferenças significativas na cobertura de vários tipos de serviços de saúde segundo o nível de escolaridade demonstra oferta suficiente de alguns tipos de serviços de saúde do SUS no município. Como observado quanto ao uso de serviço de saúde nas últimas duas semanas, de medicamentos nos últimos três dias, hospitalização e cirurgia no último ano, mesmo ajustado pelo número de doenças referidas, assim como, na prevalência da vacinação contra rubéola e na realização de Papanicolaou.

O acesso com equidade ao exame de Papanicolaou não é uma realidade brasileira (Martins et al, 2005), como não era o que acontecia anos atrás do município. Dados de 2001 revelaram que ter até 4 anos de estudo estava associado a não realização do exame, além da idade e cor da pele/raça (Amorim et al, 2006). Portanto, é possível afirmar que o Sistema Único de Saúde como se encontra estruturado em Campinas passou a oferecer acesso com equidade ao exame, visto que 55% das mulheres são SUS dependentes.

Todavia, para determinados tipos de serviços de saúde, como o exame de mamografia e os serviços odontológicos, o SUS ainda necessita ampliar o acesso para reduzir as iniquidades. Embora os avanços alcançados no acesso ao exame clínico das mamas no município, que no passado estava associado às condições socioeconômicas (Amorim et al, 2008) e agora não apresenta associação com a escolaridade, como aponta

este estudo, a oferta da mamografia ao segmento demográfico menos favorecido ainda é insuficiente, apesar do aumento do percentual de mulheres que realizaram esse exame no município. Em 2001, 49,2% das mulheres de 40 anos ou mais realizaram mamografia nos últimos dois anos (Amorim et al, 2008), em 2008, conforme apontam dados do presente estudo, o exame atingiu 62,1% das mulheres de 50 a 59 anos. Não obstante, a melhora da oferta com equidade ao exame e não somente às consultas clínicas deve ser meta das políticas públicas direcionadas às mulheres. Na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis da Organização das Nações Unidas de 2011, o Brasil reafirmou a saúde da mulher como prioridade de governo, e para isso, entre outros objetivos, assegurou ampliar o acesso a exames preventivos, para reduzir a morbidade e mortalidade por câncer de mama e de útero, sobretudo para a parcela mais pobre da população (Brasil, 2011).

Desigualdade em âmbito nacional também é constatada no acesso aos serviços odontológicos. Apesar de iniciativas como o Brasil Sorridente e a Política de Saúde Bucal, o SUS é responsável por menos de 1/3 dos atendimentos odontológicos realizados no país (Silva et al, 2011). Reflexo da baixa abrangência do SUS nos serviços odontológicos preventivos e de qualidade foi vista na alta prevalência de uso de prótese dentária no segmento de mulheres com menor nível de escolaridade. Para Chavesa e Vieira-da-Silva, (2008), desigualdades sociais quanto ao cuidado pessoal, procura e utilização dos serviços odontológicos, e dificuldade de acesso ao tratamento restaurador no setor público podem explicar, em parte, a perda de dentes pelo segmento desfavorecido.

Além do acesso com qualidade aos serviços de saúde proporcionados pelo SUS, é possível reduzir ou até mesmo superar as desigualdades sociais na morbidade e mortalidade por meio de ações voltadas à promoção de melhores condições de vida e de comportamentos saudáveis. Dados do VIGITEL de 2010 apontam que entre as mulheres com menor nível educacional, estão mais prevalentes o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física, o consumo inadequado de alimentos e a obesidade, principais fatores de risco evitáveis para DCNT (Ministério da Saúde, 2011b).

A análise da desigualdade em saúde com a identificação de grupos de maior vulnerabilidade propicia informações para gestões mais específicas e conseqüentemente

mais efetivas na promoção da equidade. A descentralização do SUS possibilita que os estudos locais possam contribuir na formulação de estratégias em âmbito municipal ou regional. Este estudo, por trabalhar com determinantes sociais da saúde, propicia subsídios não só para políticas em saúde como também para os demais setores sociais.

6. Referências bibliográficas

Amorim VMSL. As práticas preventivas para o câncer de mama, do colo útero e da próstata em municípios do Estado de São Paulo, Brasil: Um olhar sobre a equidade [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2010.

Amorim VMSL, Barros, MBA, Chester LGC, Carandina L, & Goldbaum, M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-38.

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11): 2623-32.

Araújo TM, Pinho PS, Almeida, Guimarães MM. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(3):337-48.

Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science & Medicine*. 2004;59:263-74.

Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science & Medicine*. 2011;72(4):600-7.

Ávila MBE, Bandler RA. *Contracepção no Brasil 1980-1990*. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.

Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde (Temas em Saúde)*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. 118 p.

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

Barros AJD, Bertoldi, AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):709-17.

Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Hucitec; 2008a. 229 p.

Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011a;16(9):3755-68.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1):6-19.

Barros MBA, Marín-Leon L, Almeida SM, Restituti MC, Belon AP. Esperança de vida no município de Campinas. Campinas: [s.n.]; 2007. Boletim de Mortalidade nº 40.

Barros MBA, Marín-Leon L, Almeida SM, Restituti MC, Belon AP. Tendência da desigualdade social na mortalidade. Campinas: [s.n.]; 2010a. Boletim de Mortalidade nº 44.

Barros MBA, Marín-Leon L, Almeida SM, Restituti MC, Belon AP. Mortalidade infantil. Campinas: [s.n.]; 2010. Boletim de Mortalidade nº 45.

Barros MBA, Marín-Leon L, Almeida SM, Restituti MC, Belon AP. Mortalidade e gênero. Campinas: [s.n.]; 2008. Boletim de Mortalidade nº 42.

Barros MBA, Marín-Leon L, Almeida SM, Restituti MC, Belon AP. Mortalidade por neoplasias. Campinas: [s.n.]; 2011. Boletim de Mortalidade nº 46.

Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009;43 Suppl 2:S27-37.

Belon and Barros: Reduction of social inequalities in life expectancy in a city of Southeastern Brazil. *International Journal for Equity in Health*. 2011;10:36.

Bergmann MM, Jacobs EJ, Hoffmann K, Boeing H. Agreement of self-reported medical history: comparison of an in-person interview with a self-administered questionnaire. *Eur J Epidemiol*. 2004;19(5):411-6.

Biasoli-Alves ZMM. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. *Psic Teor e Pesq*. 2000;16(3):233-9.

Braveman PA, Egerter SA, Mockenhaupt RE. Broadening the Focus: The Need to Address the Social Determinants of health. *American Journal of Preventive Medicine* 2011;40 Suppl 1:S4-18.

Braveman P, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health*. 2010;100 Suppl 1:S186-96.

Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006;27:167-94.

Brown GW; Harris, T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock, 1978. 399p.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-33.

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.

Chavesa SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy*. 2008;86(1):119-28.

Duda RB, Kim MP, Darko R, Adanu RMK, Seffah J, Anarfi JK, Hill AG. Results of the Women's Health Study of Accra: Assessment of blood pressure in urban women. *International Journal of Cardiology*. 2007;117(1):115-22.

Ferraro AR. Escolarização no Brasil: articulando as perspectivas de gênero, raça e classe social. *Educação e Pesquisa*, São Paulo. 2010;36(2):505-26.

Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Suppl 2:S98-106.

Fundação Seade. Perfil Municipal [on-line] [acesso 2011 Dez 11]. Campinas. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.

Gigante DP, Moura, EC, Sardinha, LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43Suppl 2:S83-9.

Hagen K, Vatten L, Stovner LJ, Zwart JA, Krokstad S, Bovim G. Low socio-economic status is associated with increased risk of frequent headache: a prospective study of 22718 adults in Norway. *Cephalalgia*. 2002;22:672-9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000/Fecundidade e Mortalidade Infantil: Resultados Preliminares da Amostra do Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002. 55 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. [on-line] [acesso 2011 Dez 01]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.

Ishitani LH; Franco GC; Perpétuo IHO; França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):684-91.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. 317 p. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27).

Kavanagh A, Bentley RJ, Turrell G, Shaw J, Dunstan D, Subramanian SV. Socioeconomic position, gender, health behaviours and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. *Social Science & Medicine*. 2010;71(6):1150-60.

Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:647-52.

Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *J Public Health Med*. 2001;23(3):179-86.

Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev*. 1988;10:87-121.

Le H, Hansen T, Skytthe A, Kyvik KO, O J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J Headache Pain*. 2011;12:157-72.

Lewin H. Educação e força de trabalho feminina no Brasil. *Cad. Pesq., São Paulo*. 1980;32:45-59.

Louro GL, Meyer D. A escolarização do doméstico. A construção de uma escola técnica feminina (1946-1970). *Cad. Pesq., São Paulo*. 1993;87:45-57.

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

Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic. *Social Science & Medicine*. 2010;71(3):517-28.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008; 358(23):2468-81.

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.

Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarrondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3): 250-3.

Marinho LAB, Cecatti JG, Osis MJD, Gurgel MSC. Conhecimento, atitude e prática da mamografia entre usuárias do serviço público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2) 200-7.

Martins LPL; Thuler LCS; Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(8):485-92.

Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 216 p.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero/Sumário executivo: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro/RJ: Instituto Nacional do Câncer; 2010. 42 p.

Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Versão Preliminar: Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Plano de ação 2004-2007. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2004. 48 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Princípios e Diretrizes. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2004a. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Princípios e Diretrizes. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2011a. 80 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer de Mama: documento de consenso. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2004b. 39 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde. Vigitel Brasil 2006 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2007. 92p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano de ação: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil, 2008. Brasília/DF; Ministério da Saúde; 2008a. 32 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis/Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro/RJ: Instituto Nacional do Câncer; 2004c. 184p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde. Vigitel Brasil 2010 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2011b. 153p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Neuhauser HK, Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lember T. Epidemiology of vestibular vertigo. A neurologic survey of general population. *Neurology*. 2005;65(6):894-904.

Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(10):1096-103.

Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3649-64.

Pahim LS, Menezes AMB, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):692-98.

Pereira ARS, Morita M, Barros MBA. Transtorno mental comum. In: Barros MBA (org.). *As dimensões da saúde Inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Hucitec; 2008.

Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):999-1010.

Roskam AJR; Kunst AE; Van Oyen H; Demarest S; Klumbiene J; Regidor E; Helmert U; Jusot F; Dzurova D; Mackenbach JP. Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2010;39:392–404.

Sabia JJ, Rees DI. Individual heterogeneity and reverse causality in the relationship between migraine headache and educational attainment. *Economics of Education Review*. 2011;30(5):913-23.

Salhofer S, Lieba-Samal D, Freydl E, Bartl S, Wiest G, Wöber C. Migraine and vertigo-a prospective diary study. *Cephalalgia*. 2010;30(7):821-8.

São Paulo (Estado); Assembléia Legislativa; Instituto do Legislativo Paulista. Região Administrativa de Campinas. In: São Paulo (Estado); Assembléia Legislativa; Instituto do Legislativo Paulista. IPRS versão 2010: Índice Paulista de Responsabilidade Social – Principais Resultados. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado; 2010a, p. 1-8.

São Paulo (Estado); Assembléia Legislativa; Instituto do Legislativo Paulista. Região Administrativa de Campinas. In: São Paulo (Estado); Assembléia Legislativa; Instituto do Legislativo Paulista. O Estado dos municípios 2006-2008: Índice Paulista de Responsabilidade Social – Síntese das Regiões Administrativas. São Paulo: Assembléia Legislativa do Estado; 2010b. p. 62-73.

Saviani D, Almeida JS, Souza RF, Valdemari VT. O legado educacional do século XX no Brasil. 2 ed. Campinas: Autores Associados; 2006. 205 p.

Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):375-83.

Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3807-16.

Secretaria Municipal de Saúde – CAMPINAS-SP. [acesso em 12/2009] Disponível em <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude>>.

Stata Statistical Software Release 7.0. Texas: College Stations, Stata Corporation; 2001.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21 Suppl 1:S54-S64.

Tejeda S, Thompson B, Coronado GD, Martin DP. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. *Social Science & Medicine*. 2009;68(5):832-9.

Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 Suppl 1:S43-S53.

Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(4):975-86.

Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev bras Epidemiol*. 2008;11 Suppl 1:98-112 .

Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002;11(5/6):365-73.

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

Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM, Latorre MRDO, Ribeiro MCSA, Vasconcellos M. et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev bras Epidemiol*. 2008;11(1):168-79.

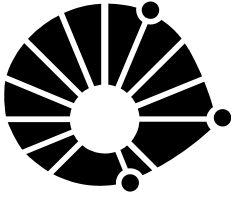
Whitehead M, Dahlgren G. Part A: Concepts. In: Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: WHO; 2006. p.1-12.

White HL, Matheson FI, Moineddin R, Dunn JR, Glazier RH. Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: Are we equally at risk?. *Health & Place*. 2011; 17(1):361-9.

World Health Organization (WHO). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde/Documento de discussão/Todos pela equidade/Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Geneva: WHO; 2011. 47p.

World Health Organization (WHO). National cancer control programmes - policies and managerial guidelines. - 2nd. ed. Geneva - WHO, 2002.

7. Anexos



UNICAMP

**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



Centro Colaborador em Análise
de Situação de Saúde

Relação dos moradores do domicílio sorteado

Bloco A

A 01. Número do domicílio: |_|_|_|_|_|_|

A02. Setor: |_|_|_|_|_|

A 03. Endereço:

A 04. Telefone do domicílio:

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

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita	
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. Nº. de visitas realizadas para obter ou tentar obter o arrolamento : |_|

A 06. Resultado da visita: |_|

A 07. Código do entrevistador: |_|_|

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

Observações:

	conferido	digitado
nome		
data		

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

A 10. Número de famílias no domicílio:

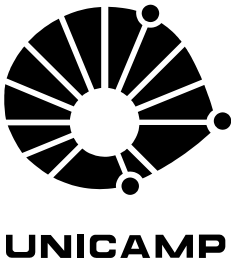
A 11. Quadro de moradores no domicílio:

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

Relação com o responsável pela família:

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

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



Inquérito de Saúde do
Município de Campinas

ISACAMP 2008



FOLHA DE CONTROLE

Bloco B

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

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

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

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

B 04. Número da Família: |_|_|

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

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

B 07. Sexo: 1. masculino 2. feminino

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

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

B 08. Nº. de visitas realizadas: |_|_|

B 09. Resultado final das visitas: |_|_|

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

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

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

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

Observações:

	conferido	codificado	digitado
nome			
data			

MORBIDADE BLOCO C

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

1. sim 2. não → **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: <input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
C 10. Tumor / câncer: <input type="text"/>	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): <input type="text"/>	1	2	9	1	2	9
C 16. Outro: <input type="text"/>	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: <input type="text"/>	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: <input type="text"/>	1	2	1	2
C 24. Defic. física: c. tipo: 1.paralisia _____ 2.perda _____	1	2	1	2
C 25. Defic. auditiva c. tipo: 1.deficiência 2.surdez um 3.surdez dois ouvidos	1	2	1	2
C 26. Deficiência visual c. tipo: 1.deficiência 2.cegueira um 3. cegueira dois olhos	1	2	1	2
C 27. Outros:	1	2	1	2

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

HIPERTENSÃO**bloco C1**

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

|_|_| anos

99. NS/NR

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

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

9. NS/NR

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

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

9. NS/NR

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

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

9. NS/NR

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

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

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

1. não
2. sim
9. NS/NR

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

1. não
2. sim
9. NS/NR

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

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

Se o entrevistado referiu:

diabetes → **bloco C2**

problema emocional → **bloco C3**

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 → **passe para C3 05**

2. não

9. NS/NR

C3 04. Por que não procurou? (+1)

1. dificuldades financeiras

2. preconceito/vergonha

3. não achou necessário

4. não tem tempo

5. não sabe quem procurar/ onde ir

6. outro: _____

9. NS/NR

→ **passe para C3 12**

C3 05. Você recebeu atendimento?

1. sim → **passe para C3 07**

2. não

9. NS/NR

C3 06. Por que não foi atendido? (+1)

1. não tinha médico ou o profissional necessário no serviço

2. não tive mais tempo

3. não tinha vaga

4. outro: _____

9. NS/NR

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

1. unidade básica de saúde

2. CAPS: _____

3. consultório médico

4. pronto socorro/emergência

5. hospital

6. outro: _____

9. NS/NR

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

1. psicoterapia

2. toma medicação de rotina

3. toma medicação quando tem "problema"

4. não faz nada

5. outro: _____

9. NS/NR

C3 09. Você paga diretamente pelo atendimento recebido?

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

2. sim, parcialmente

3. não

9. NS/NR

C3 10. Quem cobre os gastos deste atendimento?

1. SUS

2. convênio empresa: _____

3. plano individual de saúde: _____

4. outro: _____

9. NS/NR

C3 11. Você está satisfeito com o atendimento recebido?

1. muito insatisfeito

2. insatisfeito

3. regular

4. satisfeito

5. muito satisfeito

9. NS/NR

C3 12. O que você acha que os serviços de saúde poderiam oferecer para auxiliar no tratamento/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 E VIOLÊNCIAS**BLOCO D****ACIDENTES**

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

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

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

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

_____ |_|_|_|_|

D 04. Quais as principais lesões ou 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 → **passa para D 10**
2. sim → **D 07.** Durante quantos dias? |_|_|_|

D 08. Precisou ficar acamado?

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

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

1. não
2. sim

VIOLÊNCIAS

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

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

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

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

_____ |_|_|_|_|

D 14. Quais as principais lesões ou 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 → **passa para D 20**
2. sim → **D 17.** Durante quantos dias? |_|_|_|

D 18. Precisou ficar acamado?

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

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

1. não
2. sim

SAÚDE EMOCIONAL

(Para pessoas com 15 anos ou mais)

Bloco E

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

QUALIDADE DE VIDA



BLOCO F

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

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

PARA TODAS AS PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F 11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações ara 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". (L)

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

PRÁTICAS PREVENTIVAS

BLOCO H

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

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

PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS

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

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

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

→ Mulheres com menos de 40 anos encerre o bloco

PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS

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

1. nunca fez → **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

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

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

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

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

→ **Quem nunca fez, encerre o bloco**

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

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

H 18. O resultado desse exame foi:

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

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

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

H 20. Você pagou diretamente pela mamografia?

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

H 21. Quem cobriu os gastos desse exame?

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

PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS

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

H 22. Quando você fez o último PSA?

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

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

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

→ **Quem nunca fez passa para H29**

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

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

H 25. O resultado desse exame foi:

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

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

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

H 27. Você pagou diretamente pelo exame?

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

H 28. Quem cobriu os gastos desse exame?

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

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

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

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

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

→ **Quem nunca fez encerre o bloco**

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

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

H 32. O resultado deste exame foi:

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

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

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

H 34. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

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

H 35. Quem cobriu os gastos desse exame?

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

IMUNIZAÇÃO BLOCO I

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

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

PARA TODAS AS PESSOAS DE 10 A 19 ANOS

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

1. não
2. sim → **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 → **passar 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 → **passar 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 → **passar para J 05 ou J 09**
9. NS/NR

J 04d. Quem cobriu os gastos?

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

MEDICAMENTO 3

J 05. Nome do medicamento:

9. NS/NR

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

8. NS 9. NR

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

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

J 05c. Você pagou pelo remédio?

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

J 05d. Quem cobriu os gastos?

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

MEDICAMENTO 4

J 06. Nome do medicamento:

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

9. NS/NR

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

□ □ □ □ □ □

8. NS

9. NR

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

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

J 06c. Você pagou pelo remédio?

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

J 06d. Quem cobriu os gastos?

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

MEDICAMENTO 5

J 07. Nome do medicamento:

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

9. NS/NR

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

□ □ □ □ □ □

8. NS

9. NR

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

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

J 07c. Você pagou pelo remédio?

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

J 07d. Quem cobriu os gastos?

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

MEDICAMENTO 6

J 08. Nome do medicamento:

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

9. NS/NR

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

□ □ □ □ □ □

8. NS

9. NR

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

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

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS A SAÚDE

BLOCO K

ATIVIDADE FÍSICA

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

Para responder as questões, lembre-se que:

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

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

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

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

1. não → **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 **pelo menos 10 minutos contínuos**:

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

dias/**SEMANA**
 nenhum → **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 **pelo 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 **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

dias/**SEMANA**
 nenhum → **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 **pelo 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 **pelo 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 → **passa 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 → **passa 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 → **passa 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 → **passa 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 → **passa 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 → **passa 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 → **passa 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

→ **passa para K 11**

K 10. Por que não faz? (+1)

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

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

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

CONSUMO DE BEBIDAS

K 12. Qual é a bebida de sua preferência?

_____ | | | |

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

9. NS/NR

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

_____ | | | |

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

2. Não bebe álcool

9. NS/NR

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

1. nunca bebeu

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

3. parou de beber há menos de um ano

9. NS/NR

PARA PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. não → **passa para K 27**

2. sim

9. NS/NR

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

1. não

2. sim

9. NS/NR

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

HÁBITO ALIMENTAR**BLOCO L**

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

L 01. Se mulher, é gestante?

1. não
2. sim
9. NS/NR

L 02. Qual a sua altura?

□□ m □□□ cent. 9. NS/NR

L 03. Qual o seu peso?

□□□□Kg □□□□ gr. 9. NS/NR

L 04. Você gostaria de ganhar ou perder peso?

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

L 05. Quanto você gostaria de pesar?

□□□□Kg □□□□ grs. 9 □□ NS/NR

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

L 06. Você faz alguma coisa para emagrecer?

1. não → **passa para L 09**
2. sim

L 07. O que você faz para emagrecer?

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

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

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

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

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

BLOCO M

M 01. A sua cor ou raça é: (L)

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

M 02. Qual é a sua religião ou culto?

_____ |__|__|

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

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

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

M 04. Há quanto tempo você é desta religião?

|__|__| anos

M 05. Onde você nasceu?

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

M 06 Há quanto tempo você mora em Campinas?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 07. Há quanto tempo você mora neste domicílio?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 08. Qual é o seu estado conjugal?

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

M 09. Você tem filhos? Quantos?

|__|__| filhos

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

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

M 11. Até que ano da escola você completou?

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

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

1. sim
2. não → **passe para M 14**

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

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

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

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

M 15. O senhor foi aposentado por:

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

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

_____ | | | | |
999. NS/NR

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

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

SOMENTE PARA A PESSOA QUE TRABALHOU NO ÚLTIMO MÊS

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

|_|_| horas
99. NS/NR

M 19. Nos demais trabalhos?

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

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

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

Nº. do domicílio |__|__|__|__|

N 01 b. Nº. da família |__|

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

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

N 02. Caracterização do domicílio:

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

Na rua do domicílio, existe:

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

No domicílio:

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

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

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

N 13. Quantos cômodos existem neste domicílio?

|__|__| 99. NS/NR

N 14. Quantos banheiros existem neste domicílio?

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

|__|

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

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

1. sim

2. não

9. NS/NR

Os moradores deste domicílio têm:

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

1. sim

2. não

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

1. não

2. sim → **N 35.** Quantas? |_|_|

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

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

01. nunca freqüentou, não sabe ler e escrever

02. nunca freqüentou, sabe ler e escrever

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

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

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

25. cursos técnicos de nível médio incompletos

26. cursos técnicos de nível médio completos

30. curso superior incompleto

31. curso superior completo

32. Pós graduação senso estrito

99. NS/NR

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

→ se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior

_____ |_|_|_|_|

999. NS/NR

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

1. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada

2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada

3. empregado familiar não remunerado

4. conta própria ou autônomo com estabelecimento

5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento

6. empregador com até 4 funcionários fixos

7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos

8. outro: _____

9. NS/NR

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

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

Códigos para a relação com o responsável

1. responsável pela família

2. cônjuge/companheiro(a)

3. filho(a)/ enteado(a)

4. outro parente

5. agregado

9. outro



CEP, 25/05/10.
(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 “**CONDIÇÕES DE SAÚDE E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO**”, com finalidade de mestrado da aluna Caroline Senicato, 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 V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de maio de 2010.


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

