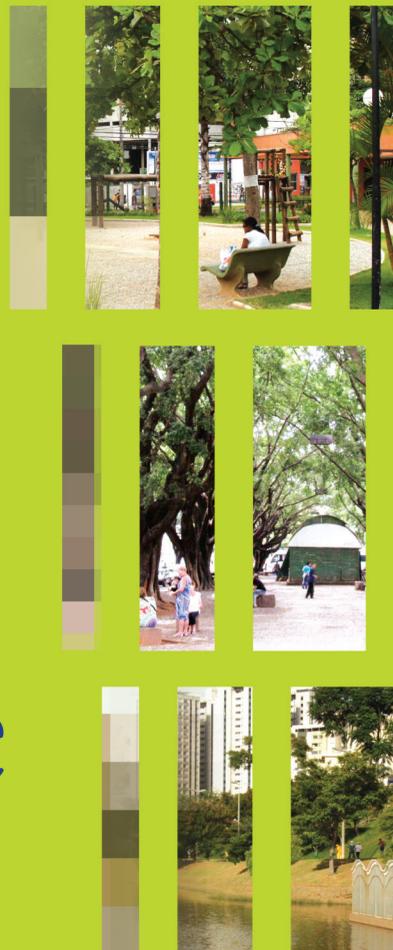


(EDITORAufmg)

Saúde urbana em Belo Horizonte



Amélia Augusta de Lima Friche
César Coelho Xavier
Fernando Augusto Proietti
Waleska Teixeira Caiaffa

ORGANIZADORES

SAÚDE URBANA
EM BELO HORIZONTE

Venda proibida
Distribuição gratuita

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR Jaime Arturo Ramírez

VICE-REITORA Sandra Regina Goulart Almeida

EDITORA UFMG

DIRETOR Wander Melo Miranda

VICE-DIRETOR Roberto Alexandre do Carmo Said

CONSELHO EDITORIAL

Wander Melo Miranda (PRESIDENTE)

Danielle Cardoso de Menezes

Eduardo de Campos Valadares

Élder Antônio Sousa Paiva

Fausto Borém

Flavio de Lemos Carsalade

Maria Cristina Soares de Gouvêa

Roberto Alexandre do Carmo Said



SAÚDE URBANA EM BELO HORIZONTE

Amélia Augusta de Lima Friche

César Coelho Xavier

Fernando Augusto Proietti

Waleska Teixeira Caiaffa

ORGANIZADORES

Belo Horizonte

Editora UFMG

2015

© 2015, Os autores

© 2015, Editora UFMG

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização escrita do Editor.

S255 Saúde urbana em Belo Horizonte / Amélia Augusta de Lima Friche ... [et al.],
organizadores. – Belo Horizonte : Editora UFMG, 2015.
163 p. : il.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-423-0084-0

1. Saúde urbana – Belo Horizonte (MG). 2. Saúde pública – Belo
Horizonte (MG). I. Friche, Amélia Augusta de Lima.

CDD: 362.1042

CDU: 352:614.2

Elaborada pela Biblioteca Professor Antônio Luiz Paixão – FAFICH-UFMG

Este livro recebeu apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do
Center for Social Epidemiology and Population Health, University of Michigan

COORDENAÇÃO EDITORIAL Michel Gannam

ASSISTÊNCIA EDITORIAL Eliane Sousa

DIREITOS AUTORAIS Maria Margareth de Lima e Renato Fernandes

COORDENAÇÃO DE TEXTOS Maria do Carmo Leite Ribeiro

PREPARAÇÃO DE TEXTOS Lira Córdova

FOTOGRAFIAS César Coelho Xavier e Equipe de campo

FORMATAÇÃO Cássio Ribeiro

PRODUÇÃO GRÁFICA Warren Marilac

EDITORA UFMG

Av. Antônio Carlos, 6.627 | CAD II | Bloco III

Campus Pampulha | 31270-901 | Belo Horizonte-MG | Brasil

Tel. +55 31 3409-4650 | Fax +55 31 3409-4768

www.editoraufmg.com.br | editora@ufmg.br



Agradecimentos

A todos os envolvidos no estudo Saúde em Beagá: pesquisadores e equipe de campo; residentes, gestores e funcionários dos distritos sanitários Oeste e Barreiro; em especial, à Dra. Ana V. Diez-Roux, coordenadora do Center for Social Epidemiology and Population Health, School of Public Health, University of Michigan, Estados Unidos; e à Marcela Guimarães Côrtes, pelas inúmeras revisões do manuscrito.





Lista de siglas

AF atividade física

AFL atividade física no tempo livre ou no lazer

BFRSS Behavioral Risk Factor Surveillance System

BH Belo Horizonte

CC circunferência da cintura

CPE/UFPEI Centro de Pesquisas Epidemiológicas, da Universidade Federal de Pelotas

CRAS/NAF Centro de Referência de Assistência Social/Núcleo de Apoio à Família

CS centros de saúde

DCNT doenças crônicas não transmissíveis

DNT doenças não transmissíveis

DP desvio-padrão

DPOC doença pulmonar obstrutiva crônica

DS distrito sanitário

EFS entorno físico e social

EJA Educação de Jovens e Adultos
ESF equipes de saúde da família
FAPEMIG Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GEEPI Gerência de Epidemiologia e Informação
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH Índice de Desenvolvimento Humano
IMC índice de massa corporal
IPAQ Questionário Internacional de Atividade Física
IQVU Índice de Qualidade de Vida Urbana
IVS Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MS Ministério da Saúde
NAFL nível de atividade física no lazer
NHANES National Health and Nutrition Examination Survey
OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS Organização Mundial de Saúde
OP Orçamento Participativo
OSUBH Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte
PBH Prefeitura de Belo Horizonte
PeNSE Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PGE Plano Global Específico
PIM Ponto de Internet Municipal
RHO coeficiente de correlação intraclasse
SC setor censitário
SMPS Secretaria Municipal de Política Social
SMSA-BH Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SRQ-20 Self-Reporting Questionnaire
UFMG Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância
UP unidades de planejamento



Sumário

Prefácio	11
Helvécio Miranda Magalhães Júnior	
Apresentação	15
Joaquín Molina	
1	
O município de Belo Horizonte	17
Celeste de Souza Rodrigues Maria Angélica de Salles Dias	
2	
O Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte	33
Waleska Teixeira Caiaffa Amélia Augusta de Lima Friche	
3	
O Estudo Saúde em Beagá	39
Waleska Teixeira Caiaffa Fernando Augusto Proietti César Coelho Xavier Cibele Comini César Aline Dayrell Ferreira Sales Mery Natali Silva Abreu Vitor Passos Camargos Adriana Lúcia Meirelles Eulilian Dias de Freitas	
4	
O viver urbano	73
Eulilian Dias de Freitas Elaine Leandro Machado Vitor Passos Camargos Fernando Augusto Proietti	

5		
	O viver urbano do adolescente	93
	Adriana Lúcia Meirelles Marcela Guimarães Côrtes Michelle Ralil da Costa Waleska Teixeira Caiaffa César Coelho Xavier	
6		
	O viver urbano do jovem ao idoso: saúde	113
	Aline Dayrell Ferreira Sales Amanda Cristina Souza Andrade Amélia Augusta de Lima Friche Cynthia Graciane Carvalho Ramos Elaine Leandro Machado Janaina Lavalli Goston Marcela Guimarães Côrtes Mery Natali Silva Abreu Waleska Teixeira Caiaffa	
7		
	O viver urbano do jovem ao idoso: hábitos e comportamentos	127
	Janaina Lavalli Goston Aline Dayrell Ferreira Sales Amélia Augusta de Lima Friche Mery Natali Silva Abreu Amanda Cristina Souza Andrade Cynthia Graciane Carvalho Ramos Waleska Teixeira Caiaffa	
8		
	Antropometria e imagem corporal	141
	Marcela Guimarães Côrtes Aline Dayrell Ferreira Sales Adriana Lúcia Meirelles Janaina Lavalli Goston Waleska Teixeira Caiaffa	
9		
	Perspectivas	153
	Fernando Augusto Proietti César Coelho Xavier Waleska Teixeira Caiaffa	
	Sobre os autores	157
	Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte - OSUBH	
	O Estudo Saúde em Beagá	159



Prefácio

Um intenso e irreversível processo de urbanização, fenômeno observado em todo o mundo, tem ocorrido ao longo das últimas décadas, expressando o sonho de milhares de pessoas de viver em regiões metropolitanas com mais acesso a trabalho, lazer, bens e serviços públicos.

Esse processo trouxe consigo um crescimento desordenado das cidades, com surgimento de áreas não estruturadas de moradia – as favelas –, além de consequências danosas ao meio ambiente e à saúde das pessoas, com piora das condições de vida, de moradia, do emprego e do acesso a serviços públicos, o que aprofundou a desigualdade social e a iniquidade em saúde.

A sociedade e o poder público estão hoje colocados diante do grande desafio de formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que deem conta da melhoria da qualidade de vida e saúde da população, em seus diversos grupos sociais, reduzindo as desigualdades e promovendo equidade no acesso ao trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, educação e serviços de saúde.

Nesse contexto, ao entender que o fenômeno da urbanização é fator relevante na proposição e implantação de políticas públicas sociais, o Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), fundado em 2002 em parceria com a Prefeitura de Belo Horizonte, através da

Secretaria Municipal de Saúde, vem desenvolvendo pesquisas de saúde em populações com o objetivo de contribuir no planejamento e desenvolvimento de políticas de melhoria da saúde urbana, especialmente em áreas associadas a maiores iniquidades. O OSUBH tem acumulado vasto conhecimento no estudo de diferenciais intraurbanos nos níveis individual e comunitário, trazendo importantes apontamentos para a saúde pública no âmbito nacional e internacional. Destaca-se o desenvolvimento de estudos nas áreas de: doenças emergentes e reemergentes, como dengue e leishmaniose; mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito; capacidade funcional, especialmente de idosos, e atividade física; e eventos em saúde associados ao impacto do processo de urbanização na vida dos indivíduos e das comunidades.

Saúde Urbana em Belo Horizonte aborda sobre o Estudo Saúde em Beagá, resultado de um inquérito de saúde populacional desenvolvido na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, que contou com a participação de um destacado grupo de pesquisadores e colaboradores. Este livro traz importantes discussões na abordagem do “viver urbano”, “viver urbano do adolescente”, “viver urbano do jovem ao idoso” e da “antropometria e imagem corporal” no campo dos determinantes sociais da saúde, hábitos e estilos de vida individuais e de preditores sociais e de vizinhança para obesidade.

Durante a leitura, seguramente será possível perceber tanto a abordagem de fatores tradicionalmente relacionados aos determinantes sociais, como trabalho, renda e educação, como também a abordagem do entorno físico e social do local de moradia e o conseqüente impacto na saúde dos indivíduos e das populações. Esse conhecimento pode adquirir significado estratégico na medida em que se constitua como uma referência que ajude na formulação de políticas sociais para melhoria das condições de vida e saúde das populações, com redução das desigualdades e iniquidades no acesso a bens e serviços públicos com maior justiça social.

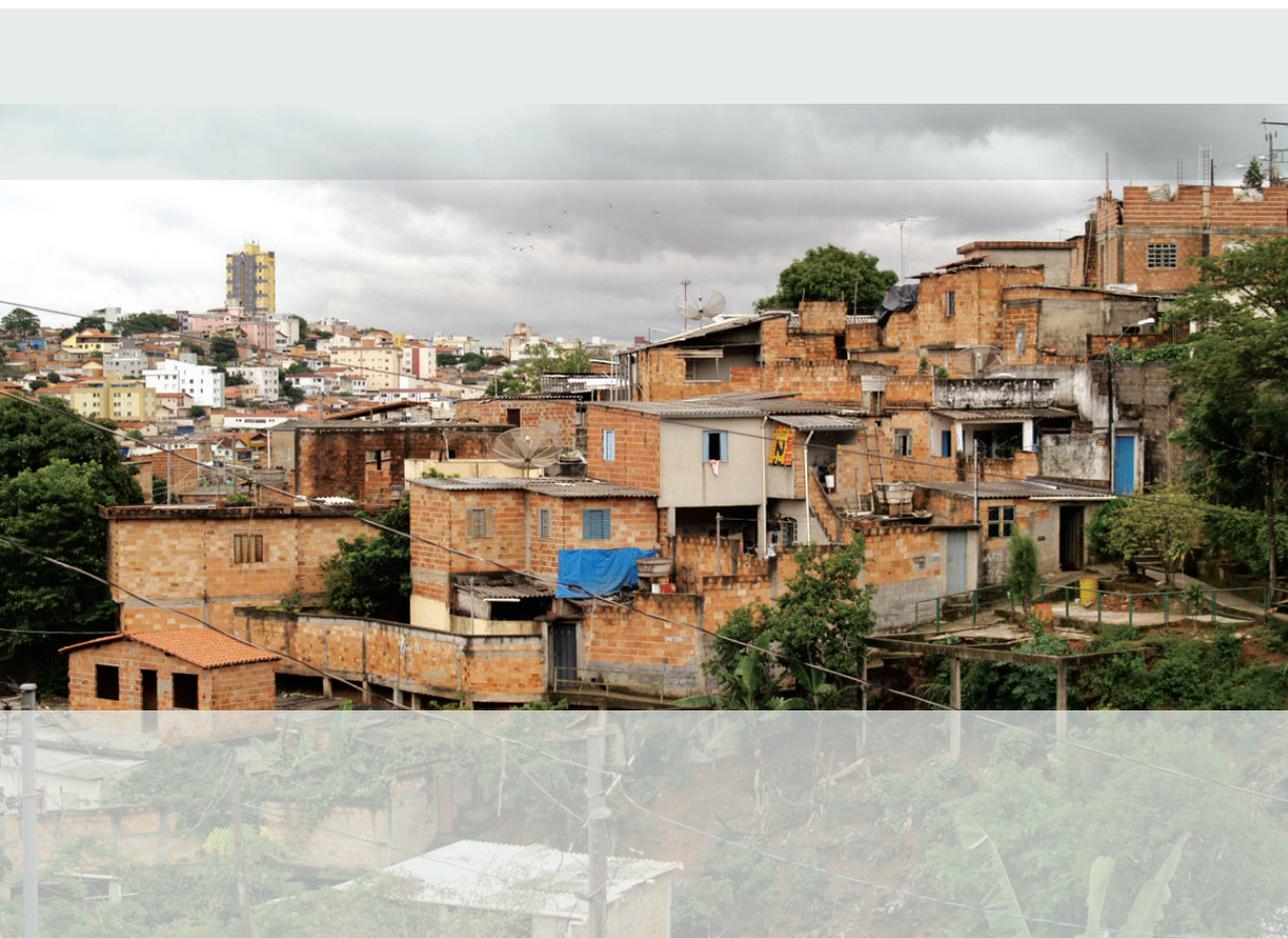
Cada capítulo deste livro descortina os desafios postos aos pesquisadores no dia a dia, tão bem-aceitos pelo OSUBH: produzir novas metodologias e estudos que gerem inovação no conhecimento elaborado a partir de realidades concretas; e comunicar e divulgar os resultados obtidos, não só

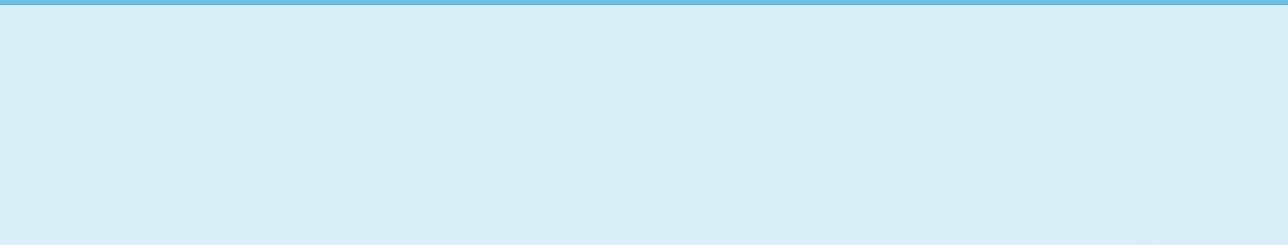
à comunidade científica, mas, sobretudo, aos gestores e formuladores de políticas em diferentes países.

A melhor compreensão do fenômeno da urbanização e sua implicação na saúde das populações demandam a construção de uma teia de conhecimentos interligando a saúde com outras áreas de conhecimento, tais como planejamento urbano e meio ambiente, cultura, transporte, segurança urbana e segurança alimentar, entre outras. Ao final da leitura, observamos que *Saúde Urbana em Belo Horizonte* ratifica e avança na produção dessa teia de conhecimentos ao apontar a complexidade do morar em uma capital jovem que, no entanto, enfrenta, como várias outras, um processo de urbanização complexo e veloz com todos os reflexos sabidos e esperados.

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA E
SECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO E
GESTÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS





Apresentação

Preparada por técnicos e especialistas do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte da Universidade Federal de Minas Gerais (OSUBH/UFMG), esta obra tem como foco buscar orientação frente ao grande desafio que significa a saúde urbana para o setor da saúde e para os países que enfrentam o processo de urbanização.

Em 1992, no ano da realização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92), a população urbana do mundo representava cerca de 40% e, em 2008, a ONU anunciou que, pela primeira vez na história humana, 3,3 bilhões de pessoas (50% da população) viviam em áreas urbanas. Em 2012, ano de realização da Rio +20, foi estimado que em 2030 essa população deverá representar dois terços da população mundial. No mesmo período, a população rural diminuirá para cerca de 28 milhões de pessoas, e isso significa que o crescimento futuro global ocorrerá nas cidades. O processo acelerado de urbanização, que vem ocorrendo nas últimas décadas, lança para a sociedade e para os setores do governo um desafio sobre as causas e o papel da vida urbana para as condições de saúde.

Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a região das Américas é o lar de seis das maiores megalópoles do mundo (São Paulo, Cidade do México, Nova York, Los Angeles, Buenos Aires e

Rio de Janeiro), além de ser a região mais urbanizada em desenvolvimento: 79,4% dos cerca de 556 milhões de pessoas da região vivem em áreas urbanas. Além disso, dois terços das pessoas que estão abaixo da linha da pobreza vivem em comunidades urbanas e periurbanas das cidades, e as crianças são uma preocupação particular devido ao nível socioeconômico mais baixo, além de viverem e trabalharem nas ruas.

Outra grande preocupação é que 30,8% da população urbana vive em assentamentos informais resultantes do crescimento urbano rápido e não planejado. Esse modo de crescimento insustentável pressiona os serviços básicos e torna mais difícil para os governos atender as necessidades de uma população diversificada, com diferentes comportamentos e dinâmicas.

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2011 sobre a situação das doenças crônicas não transmissíveis confirma que a poluição do ar, a disposição inadequada de resíduos, a falta de qualidade da água, os acidentes de trânsito, os problemas de mobilidade urbana, a falta de áreas verdes, a poluição química, a violência, o abuso de drogas (incluindo tabaco e álcool) e o baixo nível de atividade física têm elevado o número de casos de doenças cardiovasculares, diabetes e outras doenças não transmissíveis que afetam a saúde da população que vive em áreas urbanas.

Em 2011 uma resolução do Conselho Diretor da OPAS (CD 51/5) propôs uma estratégia regional e um plano de saúde urbana para atender as necessidades específicas de saúde da população urbana da região das Américas, que tem como princípios orientadores a equidade, a sustentabilidade, a segurança humana, o desenvolvimento sustentável e a boa governança.

Espera-se que este livro contribua para demonstrar algumas das evidências da relação entre os processos de urbanização, saúde e desenvolvimento sustentável, tanto no Brasil como em outros países da Região da América Latina e do Caribe, possibilitando o fortalecimento e a ampliação de ações que levem em consideração o grau de complexidade do quadro atual das relações entre cidade, ambiente e saúde.

Joaquín Molina
REPRESENTANTE DA
OPAS/OMS NO BRASIL



1

O município de Belo Horizonte

Celeste de Souza Rodrigues | Maria Angélica de Salles Dias

Inaugurada em 1897, Belo Horizonte foi projetada como uma cidade física e saneada, inspirada em modelos como Paris e Washington. Os planos de construção revelavam preocupações, principalmente com as condições de higiene e de circulação, e dividiam a cidade em três zonas: central urbana, suburbana e rural.¹ A área central receberia toda a estrutura urbana de transportes, educação, saneamento e assistência médica e abrigaria os edifícios públicos dos funcionários estaduais e os estabelecimentos comerciais. A área suburbana, separada da central por uma grande avenida, seria ocupada mais tarde. Já a área rural seria composta por cinco colônias agrícolas com chácaras e funcionaria como um cinturão verde, abastecendo a cidade com produtos hortigranjeiros. A capital traçada era um local elitista, com espaços reservados somente aos funcionários do Governo e aos que tinham condições de adquirir lotes.

Sem vocação industrial, a cidade foi concebida para abrigar, no máximo, 200 mil habitantes. Nesse cenário, as atividades desenvolvidas seriam aquelas necessárias ao atendimento da demanda dos moradores por bens e serviços.² Porém, na década de 1930, com a política de modernização da economia implantada por Vargas, foi criada a zona industrial de Belo Horizonte. Nos anos de 1940, a capital ganhou várias indústrias,

abandonando seu perfil de cidade administrativa, e começou a sofrer especulação imobiliária em sua área central. Na década seguinte, observou-se grande imigração originária de áreas rurais, com duplicação da população que morava no município, que passou de 350 mil para 700 mil habitantes. No mesmo período, foi elaborado o primeiro plano diretor para a cidade. Na década de 1960, ocorre uma descaracterização da capital, com modernização das construções, redução das áreas verdes e chegada de novas indústrias. Também foram registrados o agravamento das desigualdades sociais e a construção de inúmeras favelas.¹

A partir de 1980, como reflexo do cenário nacional, houve maior taxa de desemprego, exclusão social e concentração de renda. Nos municípios vizinhos, percebeu-se um crescimento populacional. Segundo Pádua (1994),² o planejamento e as políticas públicas de desenvolvimento são desafiados a dar respostas às demandas da cidade, considerando sua efetiva dimensão metropolitana e regional.

Atualmente Belo Horizonte está situada na terceira maior região metropolitana do país, formada por 34 municípios e população de cerca de 5 milhões de habitantes. A capital mineira é a sexta cidade mais populosa do Brasil e possui uma população de 2.375.444 habitantes, que vivem em 738.384 domicílios, segundo dados do censo de 2010.³ Favelas e assentamentos precários abrigam 471.344 habitantes, distribuídos em 129.702 domicílios.⁴ Com uma área de 330 km², BH possui densidade populacional de 7.198 habitantes por quilômetro quadrado. Os avanços políticos e sociais na estruturação da cidade são refletidos pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, que passou de 0,676, em 1970, para 0,838, em 1990, e para 0,880, em 2008.⁵

Em 1993, com a eleição de um governo democrático e popular, iniciou-se no município a construção de caminhos marcados pela participação direta do povo. O maior exemplo dessa inclusão é o Orçamento Participativo (OP), passo decisivo para o exercício da cidadania na capital. Processo que combina democracia direta e democracia representativa, o OP é oportunidade para a população discutir e decidir sobre orçamento e políticas públicas. Desde 1993, os moradores do município são chamados a participar e escolher as mais importantes obras públicas a serem

realizadas.⁶ Esse modelo permite uma distribuição equitativa de recursos públicos, com inversão de prioridades em três dimensões:

- Participação política – pessoas anteriormente excluídas podem ser inseridas no processo e tomar decisões.
- Política setorial – priorização política.
- Política territorial – priorização de áreas com maior concentração de pobreza e de vulnerabilidade do município.

Assim, adaptando-se às demandas da população, o município se transformou. Com o tempo, o OP tornou-se presente em todos os bairros da cidade (Figura 1.1). Dados mostram que, em 2008, 80% da população residia a, no máximo, 500 metros de distância de uma obra construída com recursos do OP.⁶ Em 2010, já se somavam 17 anos de trabalho participativo, resultando não somente no desenvolvimento urbano e social, mas também na melhoria do relacionamento entre a administração municipal e os moradores da cidade. Nesse sentido, a busca pelo aprimoramento desse modelo objetivava distribuir os recursos públicos de forma mais justa, priorizando áreas de maior vulnerabilidade social no município.

Ao longo dos anos, outros instrumentos de planejamento foram desenvolvidos e adotados pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), sendo grandes aliados no desenvolvimento do OP. Um exemplo de destaque é o Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU). Composto por indicadores tradicionais, como taxa de mortalidade infantil e analfabetismo, o IQVU mede o acesso a bens e serviços, entre eles a presença de centros de saúde, escolas, facilidades culturais, habitação, serviços urbanos e segurança.⁷

Para o cálculo do IQVU, foram selecionados 35 indicadores, agrupados em dez domínios – abastecimento, cultura, educação, habitação, infraestrutura urbana, ambiente, saúde, serviços urbanos, segurança e esportes. O índice foi calculado para 80 unidades intraurbanas, denominadas unidades de planejamento (UP), gerando um escore final para cada UP, com variação entre 0 e 1.⁷ Assim, quanto mais baixo o IQVU de uma região, pior é a possibilidade de acesso a bens e serviços, e maior será o volume de recursos destinados aos investimentos definidos no OP. Desde 2000, este é o critério usado para alocação de recursos do Orçamento Participativo.

O Plano Global Específico (PGE) é outro importante instrumento utilizado para mapear e orientar intervenções integradas e desenvolvidas em áreas prioritárias de vilas e favelas. Inicialmente, é realizado um diagnóstico social, físico-ambiental e da situação fundiária da região. Após essa etapa, é traçado um plano de recuperação sociourbanística e jurídica e são estabelecidas prioridades para o desenvolvimento de ações e a execução das obras. Elaborado com a participação da comunidade, o PGE é pré-requisito para aprovação de intervenções financiadas pelo OP.⁶ O município de Belo Horizonte conta, ainda, com o georreferenciamento de dados, uma potente ferramenta que, por meio da construção de mapas, informa a localização e a situação em que se encontram as ações aprovadas no OP, de forma desagregada por regional, bairro, área temática, entre outros (Figura 1.1).

Também com o objetivo de promover maior inclusão social dos cidadãos, a PBH vem desenvolvendo o Programa Vila Viva, considerado uma iniciativa de requalificação urbana e socioambiental de áreas de vilas e favelas, com foco prioritário em habitação, segurança, meio ambiente, infraestrutura urbana, transporte, saúde e educação. O programa teve início com a elaboração dos PGE, visando diagnosticar problemas relevantes nos domínios urbano, social e ambiental; planejar ações conforme as prioridades existentes; e desenvolver intervenções estruturadas e integradas em áreas de assentamento precário do município, contando com a participação da comunidade.⁸

De caráter reestruturador, a iniciativa promove importantes transformações nos assentamentos e busca integrá-los à cidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas.⁸ Implantado em 2005, o Vila Viva conta com intervenções em 11 diferentes áreas, modificando a vida de aproximadamente 179 mil moradores (Figuras 1.2 e 1.3), por meio de ações de promoção social, educação ambiental e sanitária e geração de trabalho e renda. Na atualidade, é considerado o maior programa de urbanização do país.

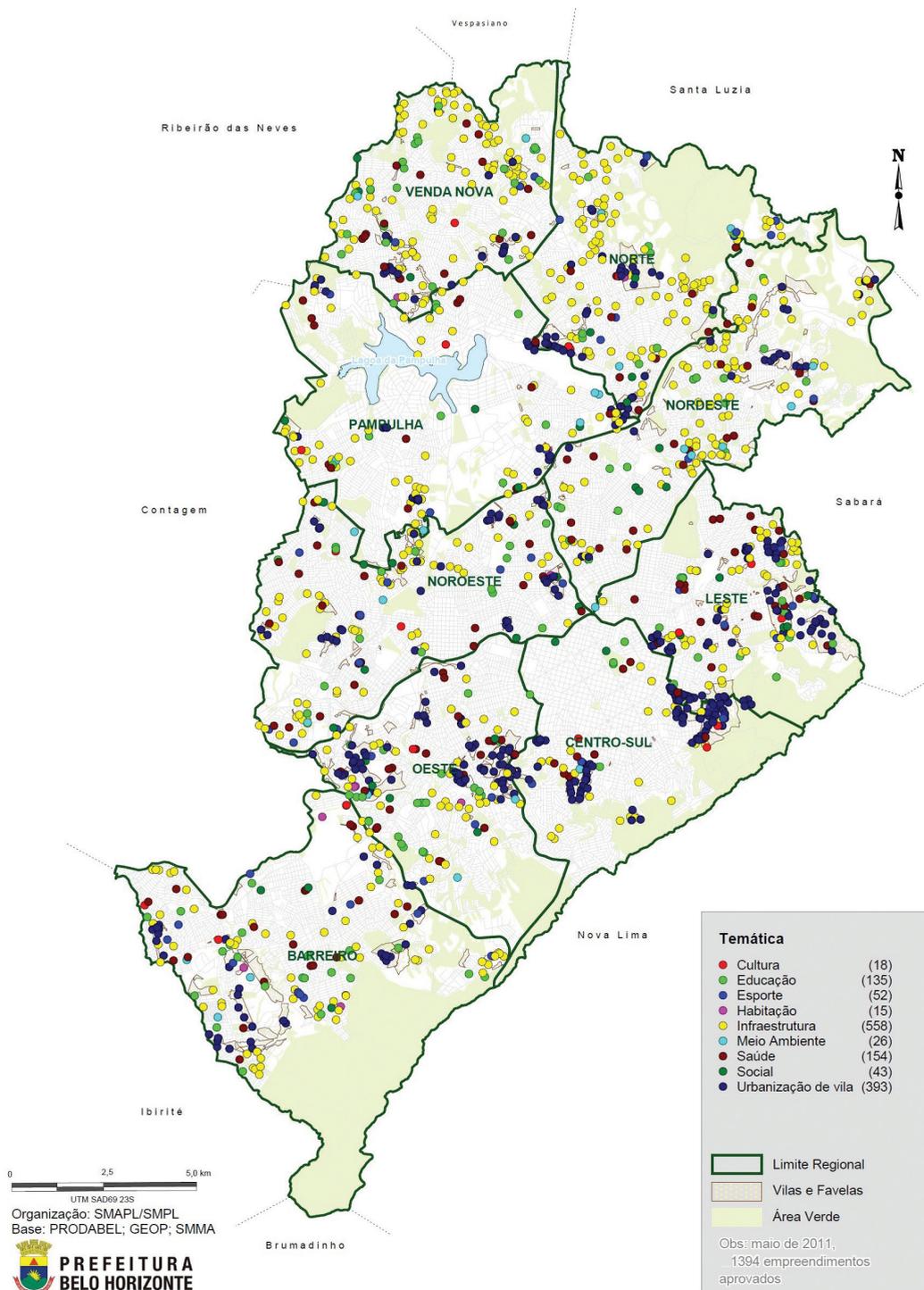


Figura 1.1 – Distribuição das obras aprovadas no OP por área temática e regional, Belo Horizonte, 2010

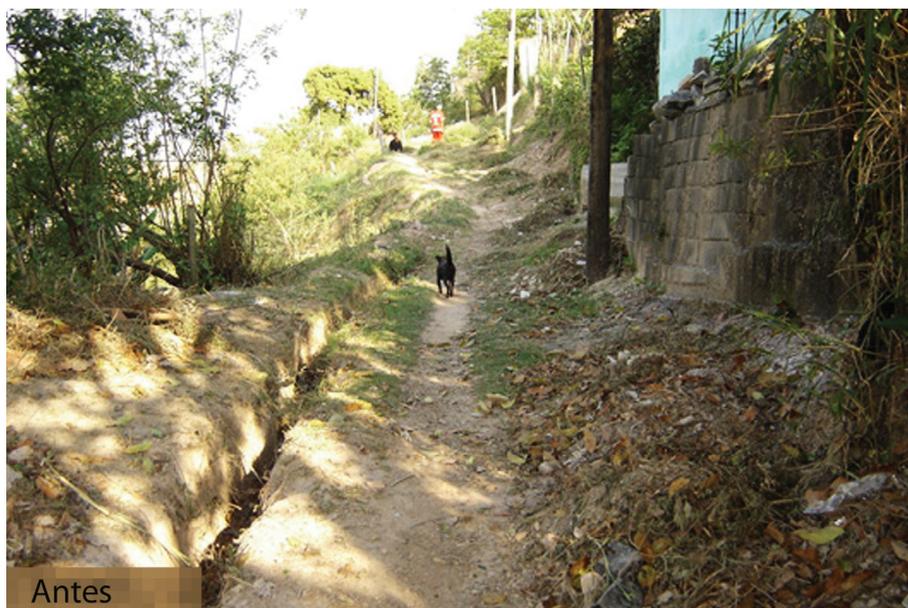


Figura 1.2 – Área do Programa Vila Viva antes e após intervenção, Belo Horizonte, 2007

Fonte: URBEL/PBH (Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/portalphb/>).



Figura 1.3 – Conjuntos habitacionais do Programa Vila Viva, Belo Horizonte, 2010

Fonte: URBEL/PBH (Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/portalphb/>).

Acompanhando a lógica do aumento do capital social e da diminuição da exclusão da população mais vulnerável, o Programa BH Cidadania, construído pela prefeitura em 2001, busca promover a inclusão social das famílias residentes em áreas socialmente críticas, garantindo seu acesso a bens e serviços públicos. O trabalho também visa consolidar modelos integrados de atuação na área social, garantir a implementação das políticas sociais nas intervenções urbanas, reduzir os fatores de risco e vulnerabilidade social das famílias e promover relações de solidariedade entre os membros da comunidade. O ideário do programa teve sua origem na reforma administrativa realizada no município no ano de sua criação.

O programa inaugurou uma nova proposta de gestão das políticas sociais em Belo Horizonte, com um formato político, institucional e gerencial capaz de privilegiar a integração matricial das diversas políticas públicas no município – nas fases de formulação, implantação, execução e

monitoramento. A aplicação dessa metodologia foi condição necessária para superar a fragmentação existente no planejamento e na execução das políticas setoriais e garantir mais sinergia ao processo, superando as recorrentes superposições das diversas iniciativas municipais.⁹

Coordenado pela Secretaria Municipal de Política Social (SMPS), o BH Cidadania integrou as ações das Secretarias de Educação e de Saúde, das Secretarias Adjuntas de Assistência Social, Abastecimento, Direitos de Cidadania e de Esportes, dos programas Bolsa Família e de Inclusão Digital e da Fundação Municipal de Cultura. Além do envolvimento de tais instituições e iniciativas, buscou-se articular os planos de melhorias urbanas com as intervenções sociais.

Diferente de programas temáticos, o BH Cidadania não se concentra em atividades específicas. Sua principal função é articular as ações já desenvolvidas por meio de diversas políticas instituídas no município, com o objetivo de organizá-las, favorecendo a intersectorialidade e a otimização das ações, potencializando as intervenções direcionadas ao público morador de áreas socialmente críticas.

O público-alvo do programa foi eleito em 2001, a partir da identificação na cidade de áreas divididas por classe de pobreza de I a IV, com base em indicadores socioeconômicos, de acesso a serviços e de ações de saúde. Esses fatores compõem os Índices de Qualidade de Vida Urbana (IQVUs), de Vulnerabilidade Social e de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), base para formulação do mapa das áreas prioritárias para inclusão urbana e social.

O IVS é um indicador composto, criado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), por meio da sua Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI). Esse índice tem como principal objetivo identificar áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis em um espaço urbano delimitado, apontar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos e favorecer, assim, a proposição de ações intersectoriais. Para seu cálculo, foram utilizados 13 indicadores nos seguintes domínios: saneamento, habitação, educação, renda e social/saúde. Atribuíram-se pesos para cada indicador e, posteriormente, calculou-se o IVS por setor censitário.¹⁰ O IVS foi, então, categorizado em:

- Risco baixo – setores censitários com valores inferiores à média.
- Risco médio – setores com valores de 0,5 desvio-padrão em torno da média.
- Risco elevado – setores com valores acima do risco médio, com o desvio-padrão máximo de um.
- Risco muito elevado – setores com valores acima do risco elevado (Figuras 1.4 e 1.5 e Tabela 1.1).

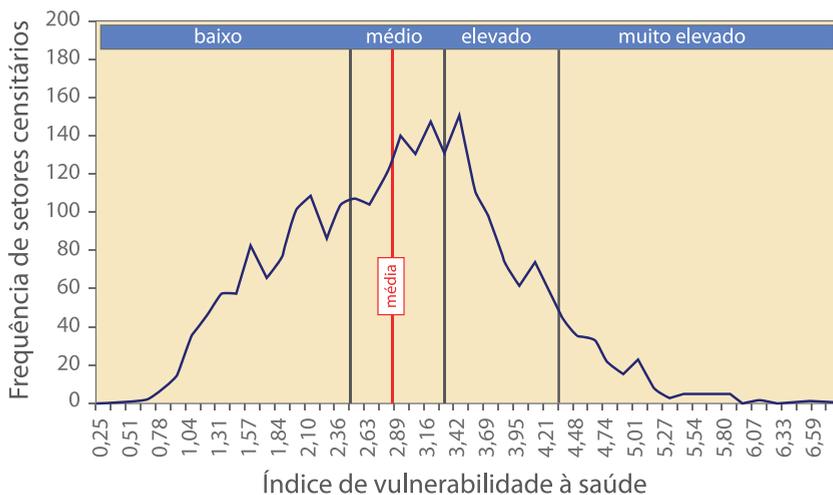


Figura 1.4 – Distribuição das áreas de vulnerabilidade à saúde por setores censitários, Belo Horizonte, 2003

Fonte: Índice de Vulnerabilidade à Saúde/SMSA/PBH e Censo 2000-IBGE.

Para o BH Cidadania, definiu-se como prioritária a população residente nas áreas de classes de pobreza I e II, que reúnem 101 mil famílias ou 402 mil pessoas, o que corresponde a 18% da população de Belo Horizonte. Esse grupo populacional integra os 70% da população de risco elevado e muito elevado segundo o IVS, em geral, residente em vilas e favelas, e atendida por equipes de saúde da família (ESF).¹¹

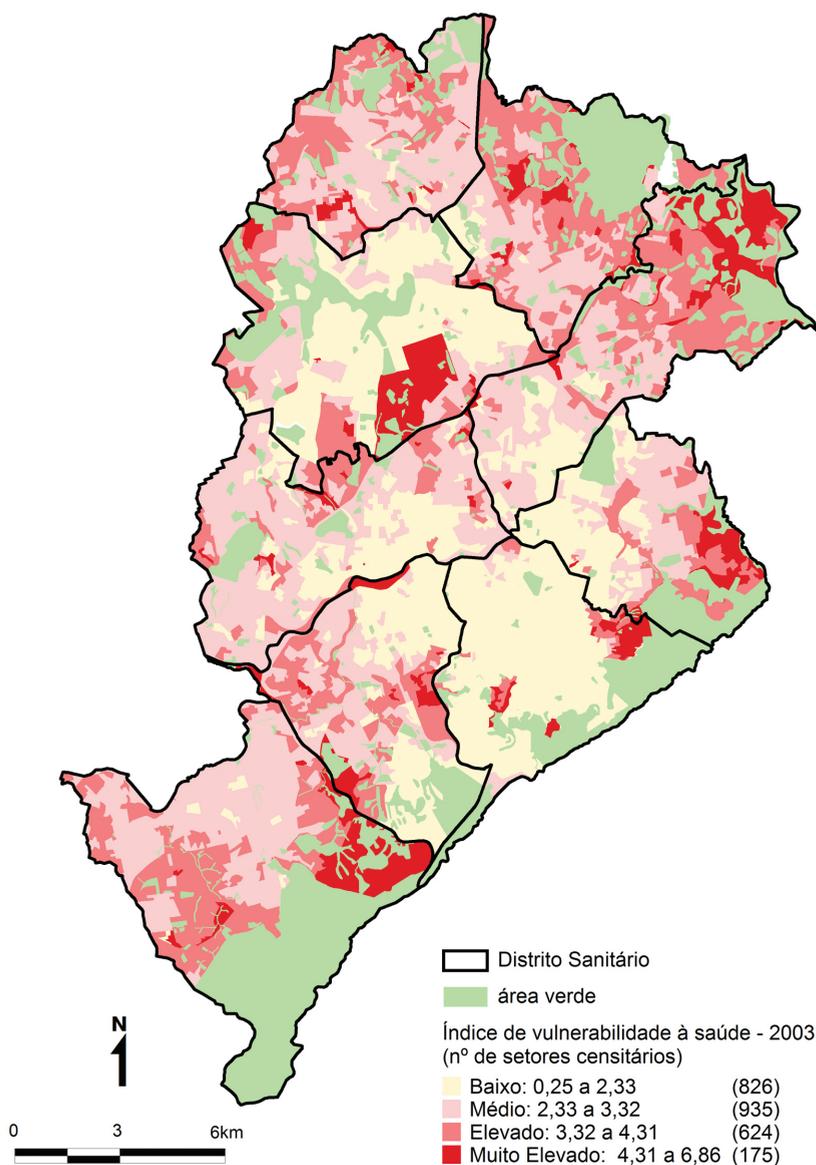


Figura 1.5 – Mapa do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, segundo categoria de risco, Belo Horizonte, 2003

Fonte: Índice de Vulnerabilidade à Saúde/SMSA/PBH e Censo 2000-IBGE.

Tabela 1.1
Distribuição das áreas de vulnerabilidade à saúde por categoria de risco, população, número de domicílios e número de setores censitários, Belo Horizonte, 2003

Categoria de risco	Mín.	Máx.	População	%	Domicílios	%	Nº setores	%
Baixo	0,25	2,33	627.224	28,0	199.692	32,4	826	32,3
Médio	2,33	3,32	849.611	38,0	240.038	36,7	935	36,5
Elevado	3,32	4,31	603.600	27,0	157.343	24,7	624	24,4
Muito elevado	4,31	6,86	157.897	7,0	39.247	6,2	175	6,8
Total	0,25	6,86	2.238.332	100,0	636.320	100,0	2.560	100,0

Fonte: Índice de Vulnerabilidade à Saúde/SMSA/PBH e Censo 2000-IBGE.

Após cinco anos de intenso trabalho de formulação e experiência-piloto em nove núcleos, em 2010, o BH Cidadania contava com 25 núcleos, implantados nas nove regionais do município, favorecendo 75 mil famílias – aproximadamente 262,5 mil pessoas. O programa foi reconhecido e legitimado pela população, e, ao longo dos anos, vêm sendo priorizados recursos do OP para investimentos em novos núcleos.

Nos próximos dois anos, está prevista a criação de mais 15 núcleos, totalizando 40 áreas de atuação, o que vai permitir o atendimento a toda a população das classes I e II, incluindo parte da classe III, não prevista inicialmente. Este será um passo importante para aumentar a parceria com as ESF nas regiões vulneráveis da cidade.

O BH Cidadania disponibilizou para a população-alvo as seguintes atividades:

- Identificação de situações de risco sociofamiliar, com orientação e acompanhamento das famílias, estimulando o fortalecimento dos vínculos entre seus integrantes e entre eles e a comunidade, por meio do Centro de Referência de Assistência Social/Núcleo de Apoio à Família (CRAS/NAF), responsável por políticas de promoção e proteção social às famílias vulneráveis.
- Estímulo ao acesso à educação, com ênfase na educação infantil, na inclusão e na permanência dos alunos do Ensino Fundamental, por meio da oferta de vagas nos projetos Escola Integrada e Educação de Jovens e Adultos (EJA).

- Promoção do direito à saúde, com ênfase nas ações de promoção da saúde e no cuidado integral, compartilhado com outras políticas sociais, por exemplo, as Academias da Cidade – dispositivo local para a prática de atividade física e de lazer, componente fundamental da promoção da saúde.
- Ações de sociabilidade, que buscam estimular, induzir ou promover a convivência comunitária, por meio de atividades em todas as áreas temáticas, especialmente as de caráter cultural, esportivo e de assistência social, com suporte do CRAS e das oficinas realizadas prioritariamente para crianças, jovens e idosos.
- Ações de transferência de renda, como o Bolsa Família e o Bolsa Escola Municipal, para as quais o público das áreas do BH Cidadania é prioridade.
- Ações de inclusão produtiva na busca de autonomia familiar, por meio de qualificação profissional, encaminhamento ao mercado formal de trabalho e organização para a prestação de serviços autônomos.
- Educação para o consumo saudável e oficinas de plantio alternativo.
- Programa de inclusão digital por meio dos Telecentros e do Ponto de Internet Municipal (PIM).

Parte do BH Cidadania, mas para além dele, as Academias da Cidade constituem-se como projeto prioritário da Secretaria Municipal de Saúde. O setor saúde – no papel de indutor de políticas públicas saudáveis, a partir da concepção de um modelo de assistência no qual a promoção da saúde é parte importante da integralidade da atenção – foi fundamental na articulação com outras políticas da cidade (urbanas, de esporte, educação, segurança alimentar) na implantação desse projeto.

Inseridas no Projeto BH Saúde, as Academias da Cidade são espaços públicos de promoção da saúde, com infraestrutura adequada à prática regular de exercícios, além de propiciar a seus usuários avaliação física e orientação nutricional. Têm como objetivos:

- Incluir a atividade física regular e orientada no cotidiano da população adscrita às áreas das academias/centros de saúde (CS).
- Incluir a orientação nutricional no cotidiano da população adscrita às áreas das academias/CS.

- Construir, de forma partilhada com os usuários, ferramentas para reduzir os fatores de risco para as doenças não transmissíveis (DNT).
- Elevar os níveis de saúde da população.
- Aumentar as possibilidades de contatos sociais.
- Melhorar a qualidade de vida da população adscrita às áreas das academias/CS.¹²

Em 2010, a cidade contava com 23 academias, localizadas, especialmente, em áreas mais vulneráveis, com frequência regular de grande número de usuários (Figura 1.6).



Figura 1.6 – Prática de atividade física por usuários em uma Academia da Cidade, Belo Horizonte
 Fonte: URBEL/PBH (Disponível em <http://www.flickr.com/photos/portalpbbh>)

A satisfação desses usuários pode ser medida pelo número de reivindicações em prol da implantação de novas academias, apresentadas durante a elaboração do Orçamento Participativo. A experiência da gestão da PBH visa gerar o reconhecimento do espaço urbano como um ambiente de encontro, democrático e crítico, ao qual se associam valores

como qualidade de vida, bem-estar, segurança e saúde das populações. A iniciativa contribui para a construção de uma cidade fraterna, solidária e inclusiva, enfim, uma cidade de todos.

Referências

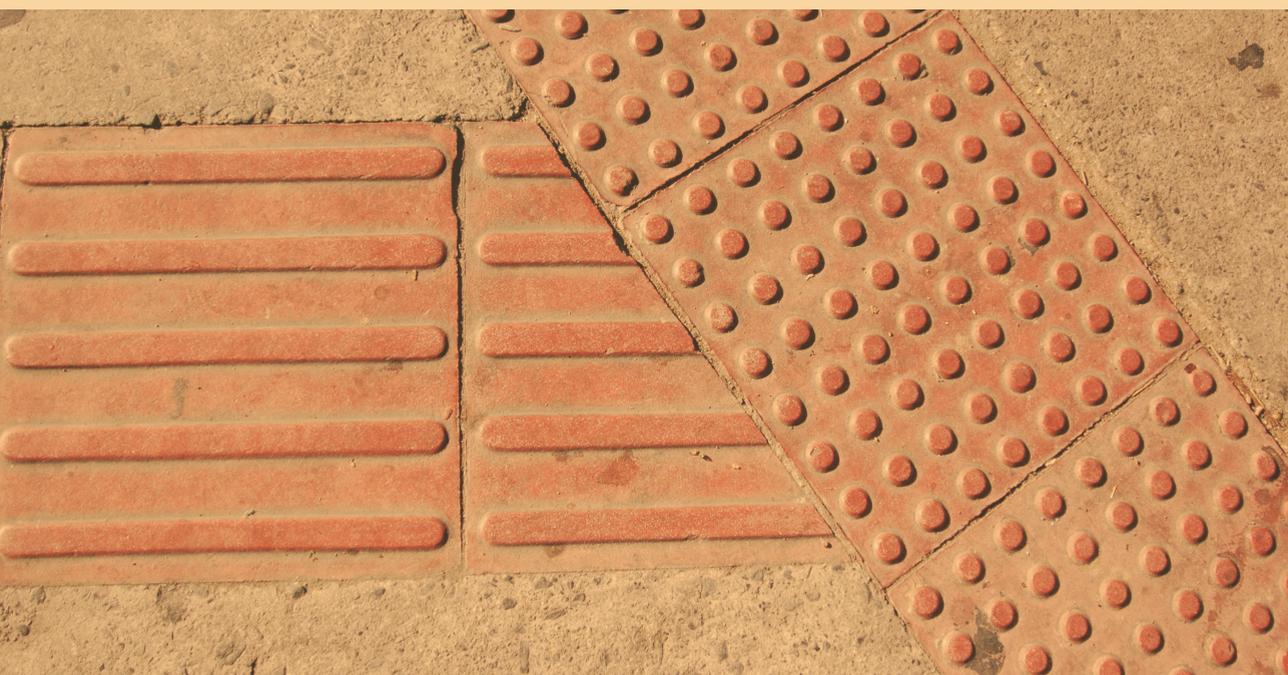
1. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. BH 100 anos: uma lição de história. 1997. Disponível em: <<http://www.portalpbh.pbh.gov.br>>. Acessado em: 04 fev. 2011.
2. Pádua JA, Monte-Mor RLM. Formação histórica: três momentos da história de Belo Horizonte. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) – UFMG, 2004. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pbh/arquivos/Mod1.pdf>>. Acessado em: 04 fev. 2011.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_tabelas_pdf.shtm>. Acessado em: 14 mar. 2012.
4. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte. Informações sobre vilas e favelas, 2007. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&tax=20050&lang=pt_BR&pg=7742&taxp=0&>. Acessado em: 14 mar. 2012.
5. Fundação João Pinheiro. IDH: indicadores e análises de desenvolvimento urbano. 2008. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/servicos>>. Acessado em: 04 fev. 2011.
6. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Orçamento Participativo de Belo Horizonte – 15 anos, 2003 a 2008. 53p. Belo Horizonte, 2008.
7. Nahas MIP. Metodologia de Construção de Índices e Indicadores Sociais, como Instrumentos Balizadores da Gestão Municipal da Qualidade de Vida Urbana: uma síntese da experiência de Belo Horizonte. In: Seminário sobre Indicadores de Sustentabilidade, UNICAMP/SP, abr. 2000.
8. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte. Programa Vila Viva, 2007. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=22546&chPlc=22546&termos=programa%20vila%20viva>>. Acessado em: 14 mar. 2012.

9. Ferreira AL, Amaral CV. BH Cidadania: O percurso da Política Social. Pensar BH/ Política Social, set.-nov. 2001; 1: 19-30.

10. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Índice de vulnerabilidade à saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003>>. Acessado em 04 fev. 2011.

11. Secretaria Municipal de Políticas Sociais de Belo Horizonte. BH Cidadania: Avanços, Expansão e Desafios. Pensar BH: Política Social. Ed. 17. Mar./Maio 2007. Suplemento especial.

12. Dias MAS et al. Promoção à Saúde e articulação intersetorial. In: Magalhães Jr. HM. Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza; 2010. p. 63-100.







2

O Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte

Waleska Teixeira Caiaffa | Amélia Augusta de Lima Friche

O marco teórico em saúde urbana

A saúde urbana é o ramo da saúde pública que estuda os fatores de risco das cidades, seus efeitos sobre a saúde e as relações sociais urbanas.¹ Ela é entendida como a área do conhecimento emergente que possibilita repensar avaliações de impacto à saúde a partir de intervenções do setor público não necessariamente originadas da saúde.

Nesse sentido, a saúde urbana constitui um campo do conhecimento aplicado, com forte vocação social e política, pautada pela capacidade métrica – isto é, pela criação de indicadores próprios de avaliação de impacto das intervenções que podem ter repercussões na saúde –, além de estreita associação com a gestão pública e sua intersetorialidade.

O modelo conceitual de saúde urbana proposto por Caiaffa *et al.* (2008),¹ adaptado de Galea e Vlahov,² propõe que a saúde da população que vive no ambiente urbano é influenciada por uma rede interligada de determinantes. Dessa forma, a saúde dessa população é função das influências mundiais, nacionais e locais, tendo-se como cerne fundamental a proposta

de que os ambientes social e físico definem o contexto urbano e são modulados por fatores proximais – aqueles relacionados às condições urbanas de moradia e trabalho – e por fatores distais – influências mundiais, nacionais e municipais – que operam em uma rede interligada. De acordo com o modelo, a influência de cada componente sobre o processo saúde-doença não é linear, ou seja, os fatores interagem entre si, mas também podem ter um efeito independente no resultado do processo.¹ Assim, tendências globais, governos nacionais e locais, sociedade civil, mercado e o setor privado modulam o conjunto nos quais esses fatores locais operam (Figura 2.1).

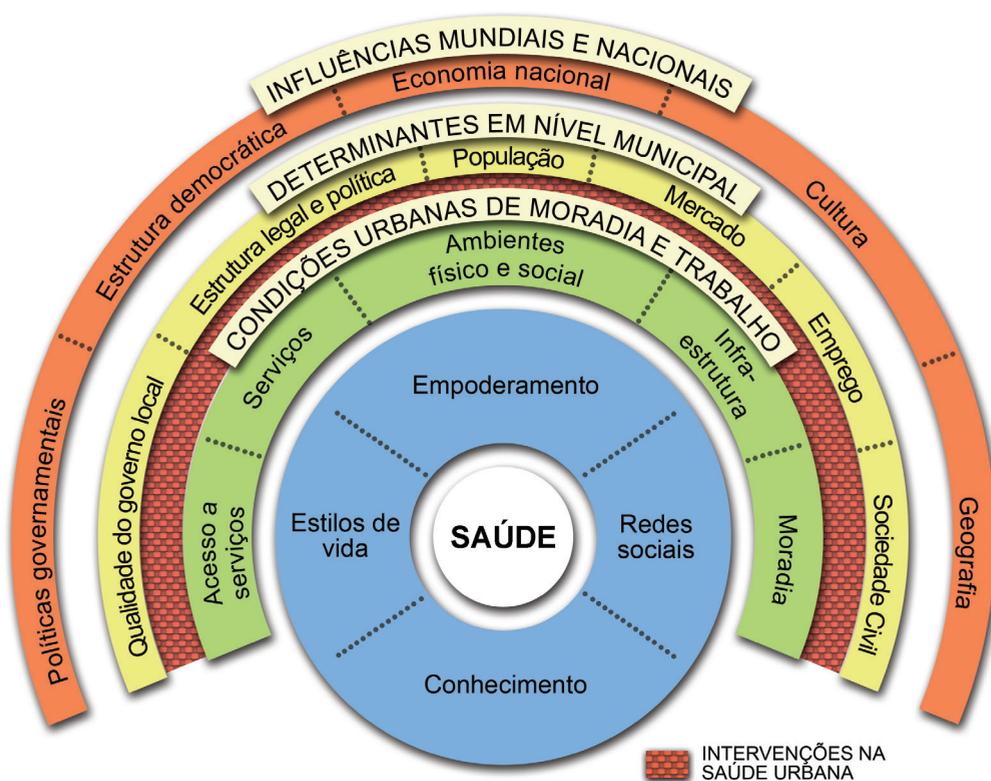


Figura 2.1 – Modelo conceitual de saúde urbana.

Fonte: Caiiffa *et al.*, 2008

O Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH)

Com 12 anos de existência, o Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH)³ é uma parceria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Município de Belo Horizonte. Sua missão é produzir conhecimentos sobre saúde urbana e seus determinantes para subsidiar políticas públicas que impactem na redução das iniquidades intraurbanas, além de qualificar profissionais para atuar na área. Centra-se na aquisição de conhecimento profundo sobre a saúde urbana por meio da pesquisa científica, nos níveis individual e comunitário, a fim de compreender as condições sociais e ambientais da vida urbana, e permitir a implementação de estratégias específicas de intervenção e de políticas públicas, utilizando abordagens contemporâneas. A intenção desses esforços combinados é fornecer uma base empírica para determinar quais as intervenções de saúde urbana podem funcionar melhor em contextos específicos.⁴

Desde sua criação, em estreita parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-PBH), o OSUBH tem como eixo temático a promoção à saúde e desenvolve projetos de pesquisa sobre temas relevantes na área, em consonância com demandas e necessidades dos gestores e da população residente na cidade. Além disso, investe de forma massiva na formação de pesquisadores qualificados na investigação em saúde urbana.

Coordenado por Waleska Teixeira Caiaffa, Fernando Augusto Proietti e César Coelho Xavier, o OSUBH agrega cerca de 40 pesquisadores, entre professores, alunos de pós-graduação e de graduação, com formações multidisciplinares, tanto na área de saúde – Medicina, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Educação Física – como em áreas afins – Arquitetura, Ciências Sociais, Engenharia, entre outras.

O observatório conduz estudos em parcerias multidisciplinares e inter-setoriais, de base populacional, com especial ênfase nos potenciais efeitos positivos e negativos da vida urbana na saúde e nas iniquidades em saúde. Essas pesquisas apresentam abordagens inovadoras na investigação, uma vez que objetivam entender problemas de saúde presentes na sociedade atual. Focalizam-se determinantes de doenças crônicas, tais como: atividade física; hábitos alimentares; uso indevido de drogas, incluindo álcool, tabaco

e outras; e o papel dos determinantes sociais da saúde e de várias doenças infecciosas no contexto urbano.^{5,6}

O OSUBH é centro colaborador da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) e tem projetos em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), University of Michigan e Mount Sinai Hospital, financiados pelo Fundo Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Fogarty International Grant (NIH), Johns Hopkins University, OPAS regional e WHO-Kobe Centre. Em novembro de 2011, o OSUBH sediou a 10ª Conferência Internacional de Saúde Urbana (ICUH 2011) da Sociedade Internacional de Saúde Urbana, aninhada na Academia de Medicina de Nova Iorque.

Entre os inúmeros projetos conduzidos pelo OSUBH, encontram-se os que investigam doenças emergentes e reemergentes – tais como as recentes epidemias de dengue, leishmaniose, asma, gravidez na adolescência, mortalidade por homicídios – e os eventos em saúde associados ao impacto da urbanização acelerada nos hábitos e modos de vida das populações urbanas – como obesidade, capacidade funcional e atividade física. Destacam-se os seguintes:

(Continua)

Período	Projeto	Objetivos
2006- Atual	Dengue em um grande centro urbano: Belo Horizonte, MG – Fase 1, Fase 2, Fase 3	Identificar sorotipos prevalentes do vírus da dengue na cidade de Belo Horizonte; correlacionar a soroprevalência com os índices de infestação predial; avaliar o estado de imunoproteção contra os sorotipos de DEN 1, 2 e 3; subsidiar a implementação das ações de vigilância da infecção por dengue.
2006- 2009	Projeto Modos de Vida, Estilos e Hábitos Saudáveis em BH – Uma avaliação epidemiológica (Projeto MOVE-SE BH)	Caracterizar os estilos e qualidade de vida da população de Belo Horizonte, viabilizando estratégias de prevenção e promoção de hábitos de vida saudáveis, por meio de inquérito domiciliar.
2008- Atual	Estudos em usuários de drogas vivendo em um grande centro urbano: HIV, HCV, sífilis; e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas a estas infecções	Avaliar e conhecer a soroprevalência das infecções HIV, HCV e sífilis, através de técnicas amostrais para populações vulneráveis e de difícil acesso (RDS e TLS), e as características de usuários de drogas que vivem em um grande centro urbano. Fase 1: usuários de drogas em geral. Fase 2: usuários de crack.

Período	Projeto	Objetivos
2008-2011	Projeto MOVE-SE Hemominas: sob o olhar do urbano e do trabalho	Avaliar as condições de saúde, atividade física (em seus quatro domínios) e os hábitos saudáveis de uma população urbana de servidores públicos residentes em Belo Horizonte.
2010-Atual	Autoavaliação de saúde em adolescentes: uma abordagem multivariada e multinível, Estudo Saúde em Beagá	Avaliar os fatores associados à auto-avaliação de saúde, suas relações de dependência e seus níveis de associação, contemplando fatores individuais, familiares e sócio-ambientais.
2011-2012	Avaliação das Academias da Cidade e do Projeto Vida no Trânsito	Caracterizar os estilos e a qualidade de vida de uma amostra de habitantes que vivem no entorno ou não das Academias da Cidade, a fim de desenvolver e implementar propostas de intervenção futura e sustentáveis dos modos de vida; acompanhar e monitorar o impacto das intervenções do Projeto Vida no Trânsito, realizadas no município de Belo Horizonte, para a redução da morbimortalidade por acidente de transporte terrestre (ATT).
2008-Atual	Observação Social Sistemática (OSS): aplicação da observação direta das condições físicas e sociais de uma vizinhança	Conduzir um estudo de observação direta, tendo como modelo a Observação Social Sistemática, a fim de complementar as informações obtidas por meio do inquérito promovido pelos projetos Determinantes Sociais/MOVE-SE. A documentação dos efeitos do lugar na saúde dos indivíduos e a incorporação da OSS em inquéritos populacionais de grande porte é inovadora e pode trazer implicações importantes no planejamento das ações de promoção e redução das iniquidades em saúde.
2008-Atual	Preditores Sociais da Obesidade em Belo Horizonte, Brasil	Projeto desenvolvido em colaboração entre o OSUBH/UFMG e o Centro de Epidemiologia Social e Saúde das Populações/Universidade de Michigan, com o objetivo de investigar a influência dos fatores socioeconômicos e das características da vizinhança na distribuição de obesidade e nos comportamentos relacionados à dieta e à atividade física em Belo Horizonte.
2007-Atual	Avaliação do bem-estar dos adolescentes residentes em dois distritos sanitários de Belo Horizonte, MG	Avaliar o bem-estar dos adolescentes de 11 a 18 anos incompletos residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Referências

1. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. *Ciência Saúde Coletiva*, 2008; 13(6): 1785-96.
2. Galea S, Vlahov D. *Handbook of Urban Health: Populations, Methods and Practice*. New York: Springer; 2005.

3. UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/osubh/>>. Feb. 2009.

4. Proietti FA, Caiaffa WT, Oliveira VB, Andrade E, Rodrigues CS, Dias MAS, Matos SG, Oliveria CD. A saúde das cidades: o observatório de saúde urbana da região metropolitana de Belo Horizonte. *PensarBH/Política Social*, 2002, 3: 33-36.

5. Assunção AA, Oliveira CD, Andar de EI, Proietti F A, Belisário SA, Oliveira VB, Caiaffa WT, Dias MAS, Matos, SG, Rodrigues CS. Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte. In: *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

6. Caiaffa WT et al. The Urban Environment from the Health Perspective: the Case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Publica*. v. 21, 2005, (3): 958-967.





3

O Estudo Saúde em Beagá

Waleska Teixeira Caiaffa | Fernando Augusto Proietti
César Coelho Xavier | Cibele Comini César
Aline Dayrell Ferreira Sales | Mery Natali Silva Abreu
Vitor Passos Camargos | Adriana Lúcia Meirelles
Eulilian Dias de Freitas

Introdução

O Estudo Saúde em Beagá engloba quatro vertentes: a) determinantes sociais da saúde (Projeto Determinantes Sociais da Saúde); b) hábitos e estilos de vida individuais (Projeto Modos de Vida, Estilos e Hábitos Saudáveis em Belo Horizonte – Move-se BH); c) avaliação do bem-estar dos adolescentes (Projeto Bem-Estar do Adolescente); e d) *Social and neighborhood predictors of obesity in Belo Horizonte* (Department of Health and Human Services – National Institutes of Health – Fogarty International Center. A implantação dos projetos contou com o financiamento de diversas agências – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério da Saúde (MS) e Fogarty Foundation.

No que diz respeito aos determinantes sociais, procurou-se caracterizar fatores tradicionais, como educação, renda e trabalho, e também o entorno físico e social (EFS) do local de moradia, com enfoque no impacto para a saúde dos indivíduos e das populações. A documentação do efeito do EFS, assim como seus mecanismos de mediação, pode ter importantes implicações para a promoção da saúde e redução das iniquidades na área. Com relação aos estilos de vida adotados pela população, foram avaliados aspectos relacionados à alimentação, atividade física, tabagismo e uso de outras drogas, bem como a qualidade de vida da população de Belo Horizonte e o acesso/utilização de serviços de saúde. No âmbito dos adolescentes, procurou-se avaliar o bem-estar, considerando todas as peculiaridades de se viver em um grande centro urbano. Para alcançar os objetivos propostos, foram entrevistados residentes de dois distritos sanitários (DSs) de BH, Oeste e Barreiro, com idade igual ou superior a 11 anos.

As informações obtidas no inquérito podem subsidiar estratégias de prevenção e promoção de hábitos de vida saudáveis, sendo de grande importância para a saúde urbana de Belo Horizonte. Profissionais com diferentes formações participaram das etapas de desenho, condução e análise do inquérito. Esses pesquisadores integram as equipes do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia (GPE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), entre outros órgãos.

Objetivos

O Estudo Saúde em Beagá teve como objetivo avaliar aspectos do estilo de vida da população – dieta, atividade física, uso de tabaco e obesidade – bem como a qualidade de vida e a autopercepção da saúde (Projeto Move-se BH). A pesquisa também teve o propósito de mensurar os determinantes sociais da saúde, com foco na percepção do indivíduo sobre aspectos como violência, capital social da vizinhança, estética ambiental, ambiente físico, segurança e acesso a serviços públicos (Projeto Determinantes Sociais da Saúde). Já com relação ao adolescente, abordou-se o bem-estar subjetivo e material, incluindo os fatores saúde,

segurança, educação, comportamentos e relações sociais (Projeto Bem-Estar do Adolescente).

Métodos

População estudada

O Estudo Saúde em Beagá, inquérito de saúde com base domiciliar, foi desenvolvido sob coordenação do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, em dois distritos sanitários contíguos da cidade de Belo Horizonte, denominados Barreiro e Oeste (Figura 3.1), no biênio 2008-2009.

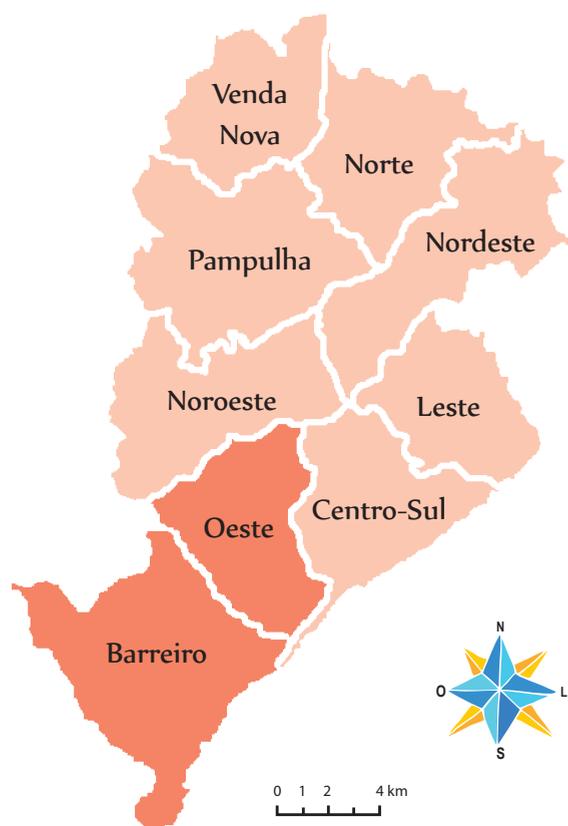


Figura 3.1 – Mapa da cidade de Belo Horizonte e localização dos distritos sanitários em destaque

Juntos, esses dois DSs somam 531 mil habitantes (22,4% da população da cidade), subdivididos em 588 setores censitários (SCs) (IBGE, 2000). Localizado na região Sudoeste da capital mineira, o DS Barreiro limita-se com os municípios de Nova Lima, Ibirité e Contagem e possui população residente estimada de 262 mil habitantes, subdividida em 270 SCs. Já o DS Oeste faz divisa, ao Sul, com o Barreiro e conta com aproximadamente 269 mil habitantes, subdivididos em 318 SCs. Nos dois distritos, é possível observar características demográficas muito similares às de Belo Horizonte, o que contribuiu para a escolha destes para o inquérito (Figura 3.2).

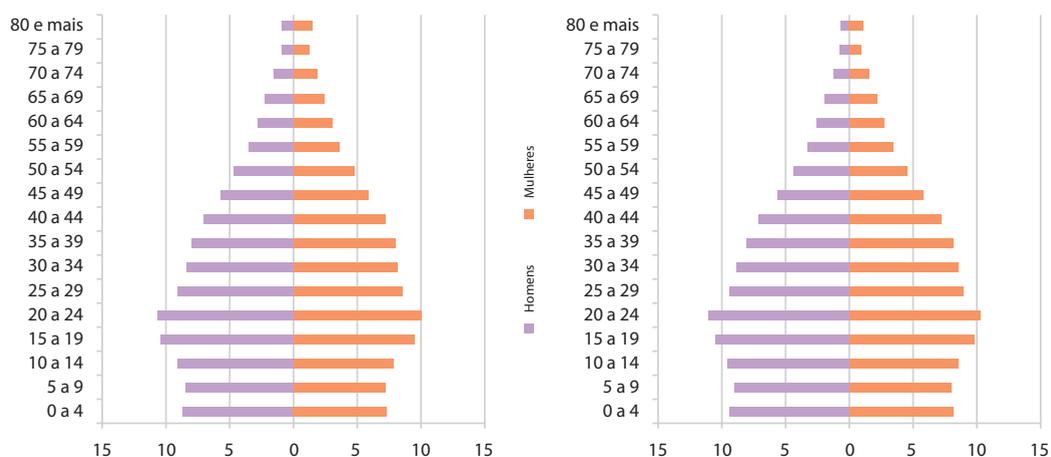


Figura 3.2 – Pirâmide etária da população de Belo Horizonte (esquerda) e dos distritos sanitários Barreiro e Oeste (direita)

Para garantir a presença proporcional de todos os níveis socioeconômicos na amostra, a área de estudo foi subdividida em estratos, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS).¹ O IVS é um indicador composto, criado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), que abrange aspectos relacionados a:

- Saneamento: abastecimento de água, esgotamento e destino do lixo.
- Habitação: domicílios improvisados e número de moradores por residência.
- Educação: analfabetismo e escolaridade do chefe da família.
- Renda: familiar e do chefe da família.

- Social e saúde: chefe de família adolescente, coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos, coeficiente de óbitos cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos e óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos.

A combinação dessas informações produz um único escore para cada setor censitário de Belo Horizonte, cujo valor elevado aponta locais de alta vulnerabilidade/risco à saúde e, também, condições desfavoráveis nos componentes do indicador. A construção do IVS teve como objetivos avaliar diferenciais socioeconômicos intraurbanos e delimitar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos.

A Figura 3.3 apresenta os setores censitários dos distritos Oeste e Barreiro segundo categorias de vulnerabilidade à saúde, tradicionalmente utilizadas pela SMSA/BH: baixa ($IVS < 2,33$), média ($2,33 < IVS < 3,32$), elevada ($3,32 < IVS < 4,31$) e muito elevada ($IVS > 4,31$).

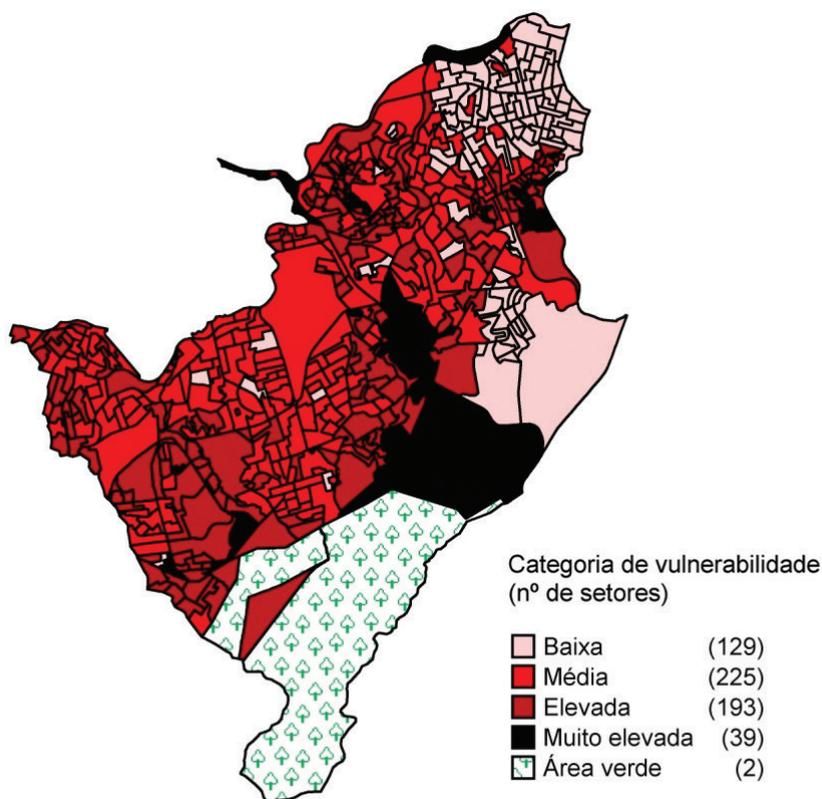


Figura 3.3 – Setores censitários dos distritos sanitários Oeste e Barreiro, de Belo Horizonte, de acordo com as categorias do Índice de Vulnerabilidade à Saúde

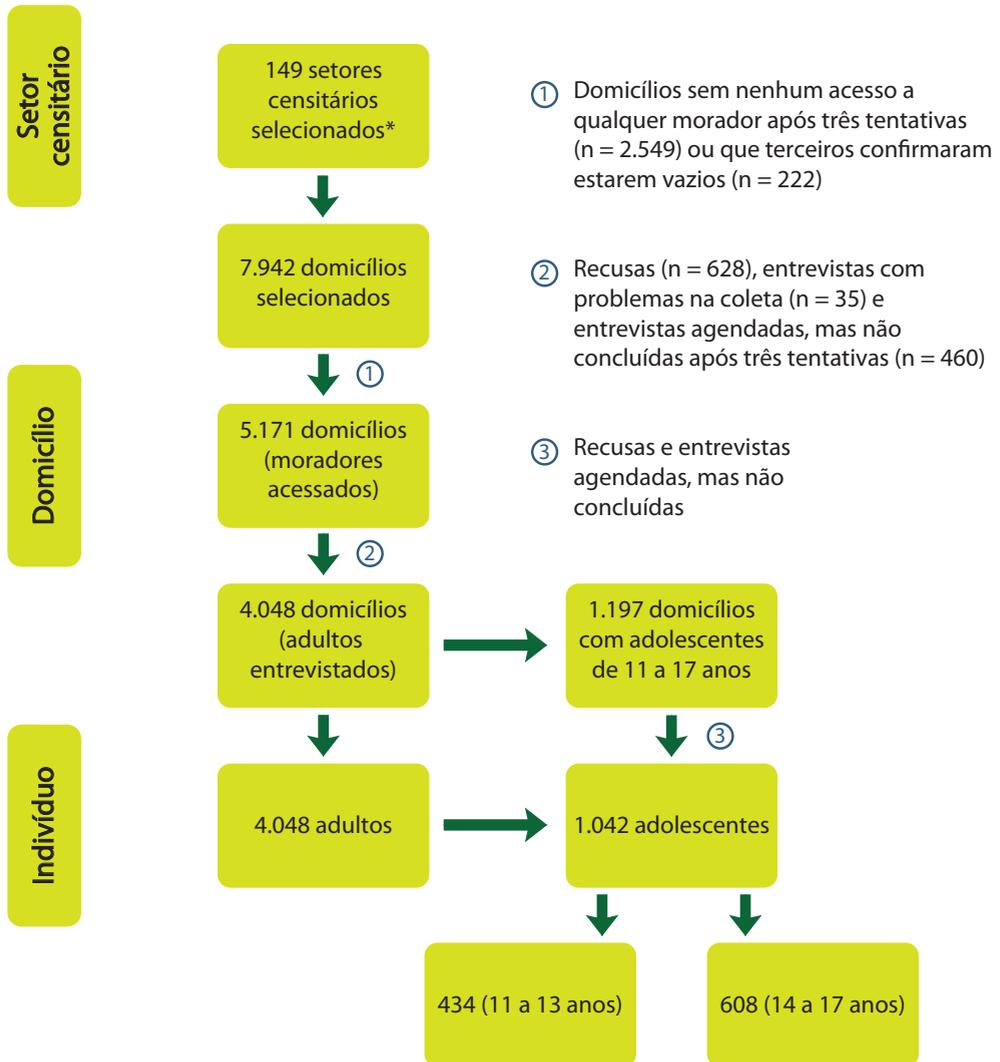
Plano amostral e estratégias de coleta de dados

Para o trabalho, adotou-se um delineamento amostral probabilístico, estratificado por conglomerados. Em cada estrato do IVS, a seleção dos participantes da pesquisa deu-se em três estágios (Fluxograma 3.1): (a) setores censitários, selecionados com probabilidades distintas e com tamanho amostral proporcional ao total de setores do estrato; (b) domicílios, selecionados por meio de amostra aleatória simples dos domicílios cadastrados na base de dados da Prefeitura de Belo Horizonte; (c) um morador adulto (18 anos ou mais) e um morador na faixa de 11 a 17 anos, ambos selecionados aleatoriamente no domicílio. A amostra final foi composta de 4.048 adultos e 1.042 adolescentes.

As probabilidades de seleção de cada setor censitário foram diferenciadas de acordo com sua localização. Isso foi realizado para contemplar um dos objetivos do Estudo Saúde em Beagá: constituir uma amostra de base como primeiro passo para avaliar o impacto do desenvolvimento e da implantação de quatro Academias da Cidade, descritas no Capítulo 1.

À data de início do Estudo Saúde em Beagá, três Academias da Cidade já possuíam locais reservados para sua construção nos distritos sanitários Oeste e Barreiro, e uma quarta havia sido recentemente inaugurada nesta região. Na tentativa de garantir representatividade da população frequentadora das academias, além da população residente em seu entorno, definiu-se que setores censitários mais próximos a esses espaços teriam maior probabilidade de participar da amostra. Os endereços das academias foram georreferenciados e, em seguida, foram calculadas as distâncias entre o centroide de cada setor censitário e a academia mais próxima.

Os dois setores mais próximos de cada academia participaram da pesquisa sem a necessidade de sorteio, isto é, com probabilidade de seleção igual a um. Comparados com setores a mais de 1 km de qualquer academia, aqueles a menos de 0,5 km e entre 0,5 e 1 km tiveram, respectivamente, 8 e 4 vezes mais chance de serem sorteados. Na Figura 3.4 estão indicados os raios de 0,5 e 1 km em torno das academias, nos quais as cores destacam as diferenças na probabilidade de seleção dos setores. Definidas as probabilidades, a seleção dos setores foi realizada de forma independente, dentro de cada estrato do IVS.



* Um dos setores foi excluído devido a problemas na coleta de dados.

Fluxograma 3.1 – Descrição dos estágios de seleção da amostra do Estudo Saúde em Beagá

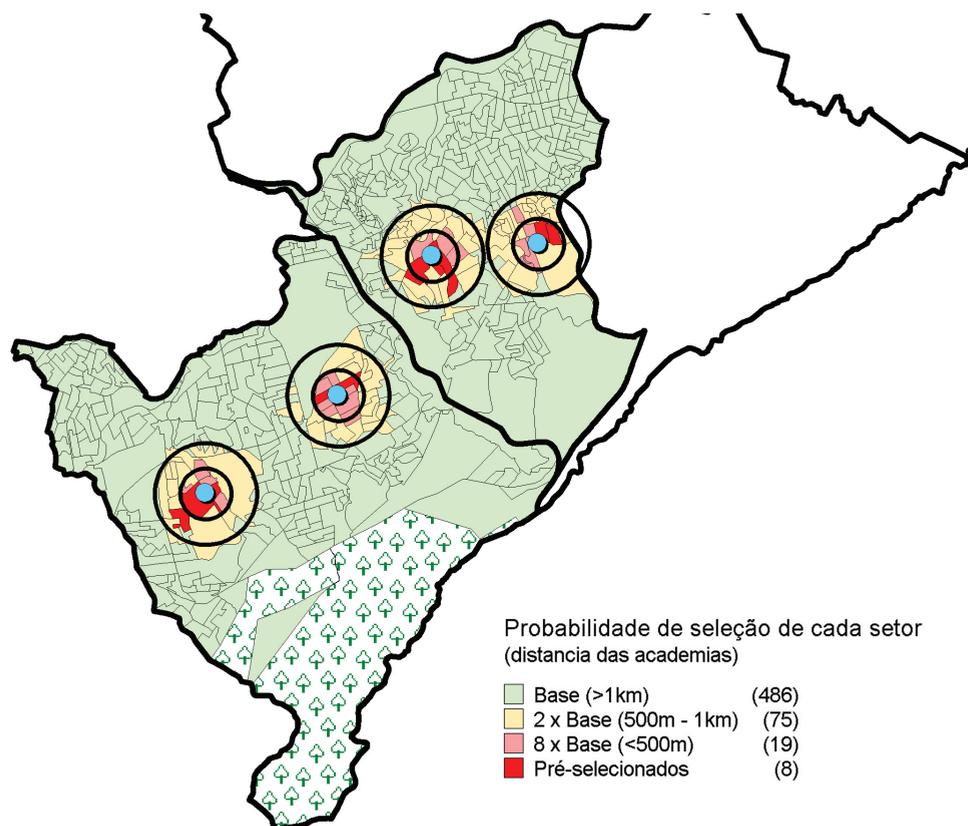


Figura 3.4 – Probabilidade de seleção dos setores censitários, de acordo com sua localização em relação às Academias da Cidade

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra de adultos foi definido considerando os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95% e erro relativo máximo de 10% para a estimativa de prevalência populacional igual a 25%, sendo ainda prefixada a seleção de 30 domicílios por setor censitário. Dados da pesquisa sobre condições de vida realizada no Estado de São Paulo indicam que a correlação intraclasse nos setores censitários para variáveis não relacionadas ao rendimento é inferior a 0,15, mesmo na região metropolitana da capital.³ Para o cálculo dessa amostra, adotou-se o coeficiente de correlação intraclasse (ρ) igual a 0,1. As fórmulas a seguir⁴ foram utilizadas para estimar o tamanho da amostra final ($n = 4.500$ adultos).

$$(1) \quad n' = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} (1 + rho(b-1))$$

$$(2) \quad n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Nessas fórmulas, P representa a prevalência populacional; d , o erro relativo máximo admitido; z , o escore da distribuição normal padronizada correspondente ao nível de confiança especificado; rho , o coeficiente de correlação intraclasse; N , a população total da área de estudo; n' , a estimativa preliminar do tamanho da amostra; n , a estimativa final da amostra. Embora o cálculo não contemple todas as complexidades do desenho amostral (estratificação e a probabilidade de seleção desigual), espera-se uma boa aproximação desse ideal.

Ponderação das análises

Para obter estimativas não viciadas dos parâmetros da população de estudo, as respostas dos participantes devem contribuir de maneira distinta nas análises, o que é feito por meio do uso de pesos amostrais. A inclusão dos pesos visa compensar diferenças na chance de cada indivíduo da população-alvo participar ou não do estudo. Os pesos foram construídos em duas etapas:

- **Peso resultante do desenho amostral:** o peso é definido pelo inverso da probabilidade de seleção amostral. No caso dos adultos, essa diferença na probabilidade de seleção se dá, por exemplo, devido ao sorteio de apenas um morador por domicílio selecionado. Assim, em domicílios com muitos adultos, estes têm menor probabilidade de participar da amostra.
- **Ajuste dos pesos (pós-estratificação):** ao se comparar a distribuição amostral dos adultos, segundo perfil de sexo e idade, com a distribuição desses mesmos perfis fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),¹ verificaram-se diferenças importantes em alguns grupos. Os pesos foram ajustados de tal forma que a distribuição amostral por sexo e idade – categorizada nas faixas de 18 a 24 anos, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou mais – coincidissem com a distribuição estimada pelo IBGE.

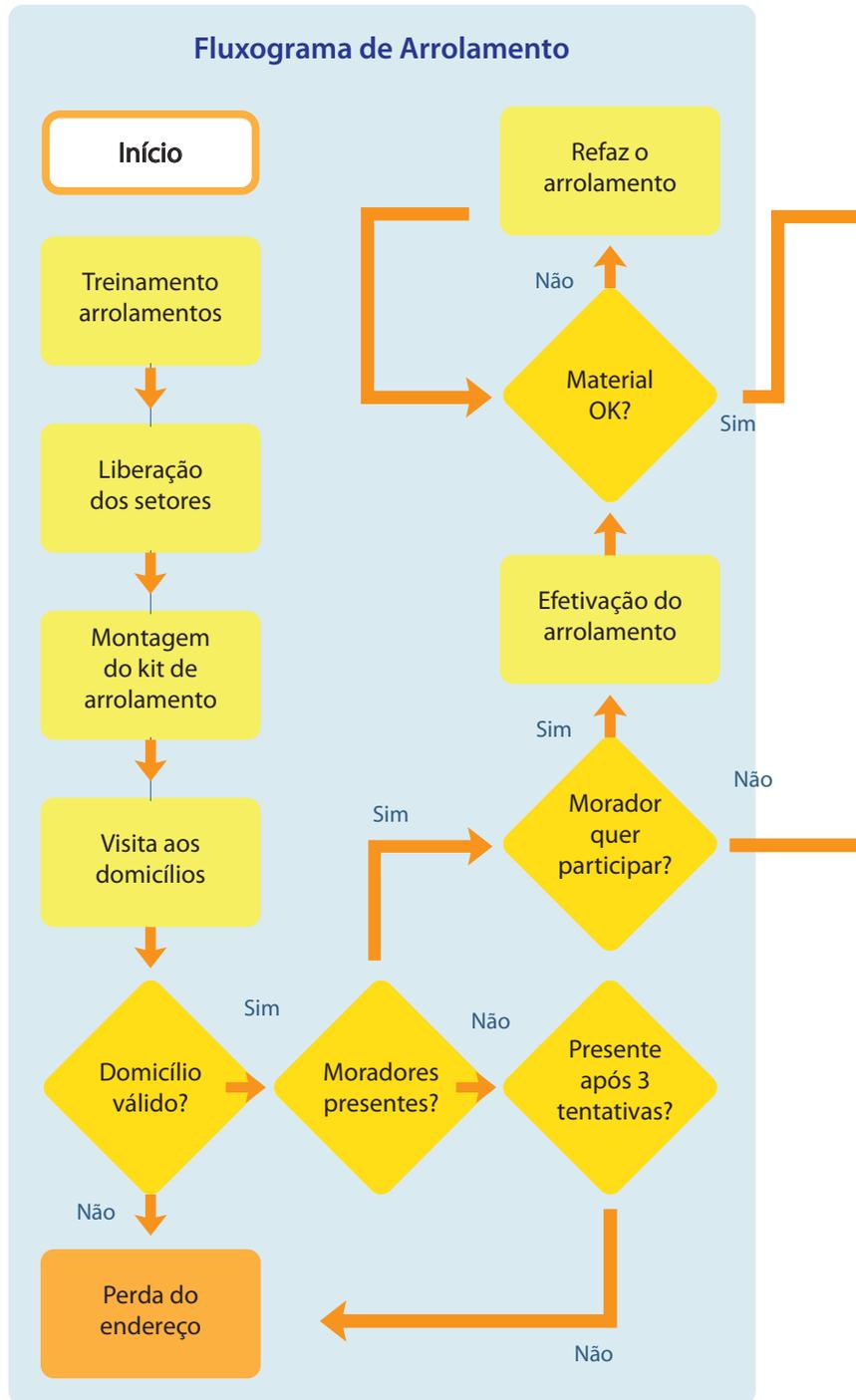
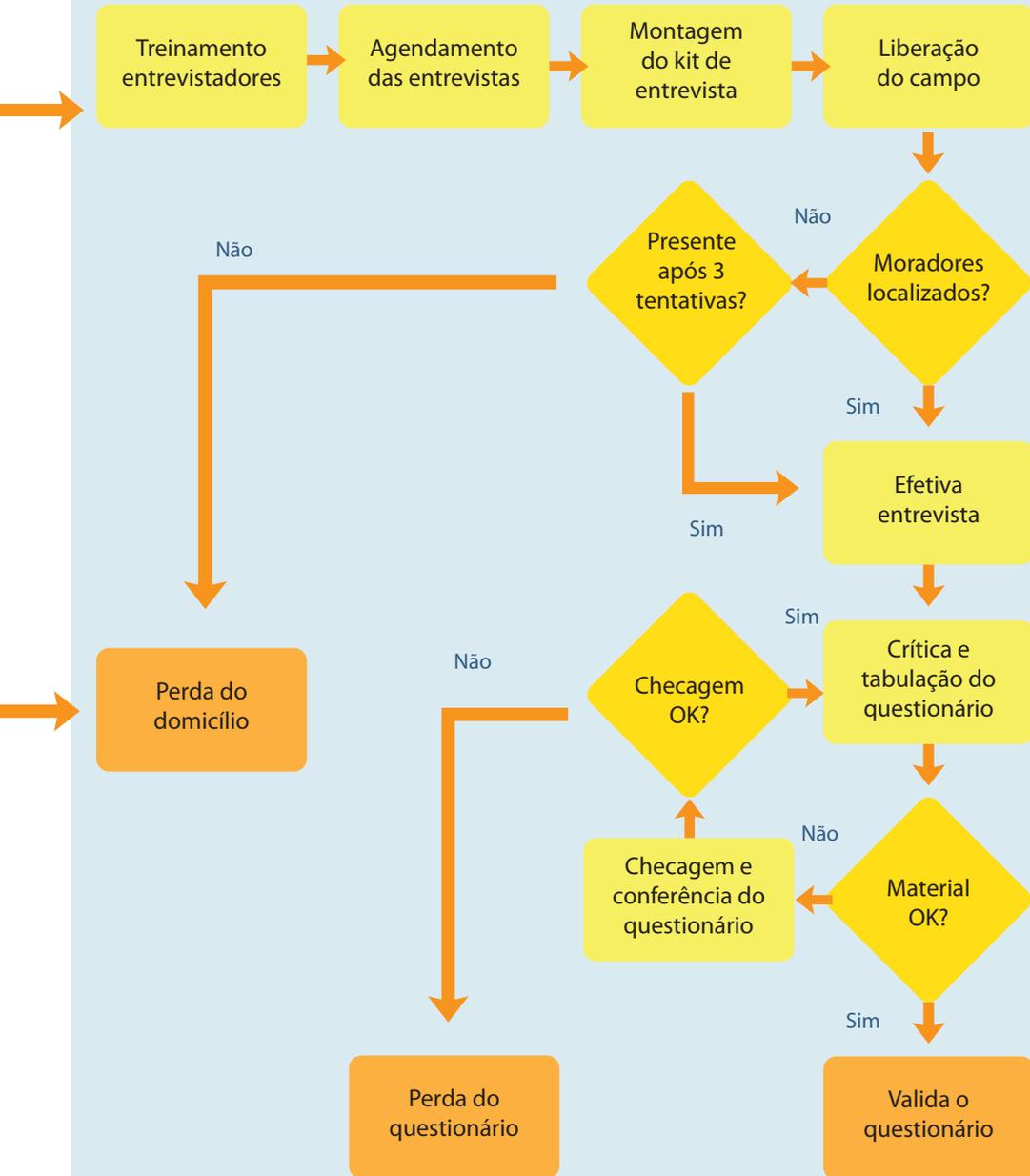


Figura 3.5 – Fluxograma da coleta de dados, Saúde em Beagá, 2008-2009

Fluxograma de Entrevistas



Nas análises dos adolescentes, apenas a primeira etapa da ponderação é utilizada, já que, nesse grupo, não se verificou problemas de representatividade.

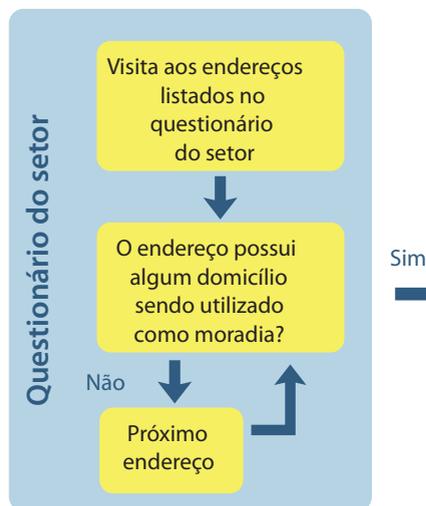
Estratégias de coleta de dados

A coleta de dados foi administrada por uma empresa especializada e com experiência na realização de pesquisas científicas, contratada para esse fim e supervisionada, em tempo integral, pela equipe de pesquisadores do OSUBH.

Antes da coleta de dados, foi realizado um pré-teste que teve início em 6 de agosto de 2008, para aferir a estratégia de abordagem, aplicação e validação dos instrumentos e para preparar os manuais para treinamentos. O levantamento das informações foi realizado em duas etapas sequenciais: arrolamento dos domicílios e entrevista do(s) morador(es) sorteado(s) (Figura 3.5).

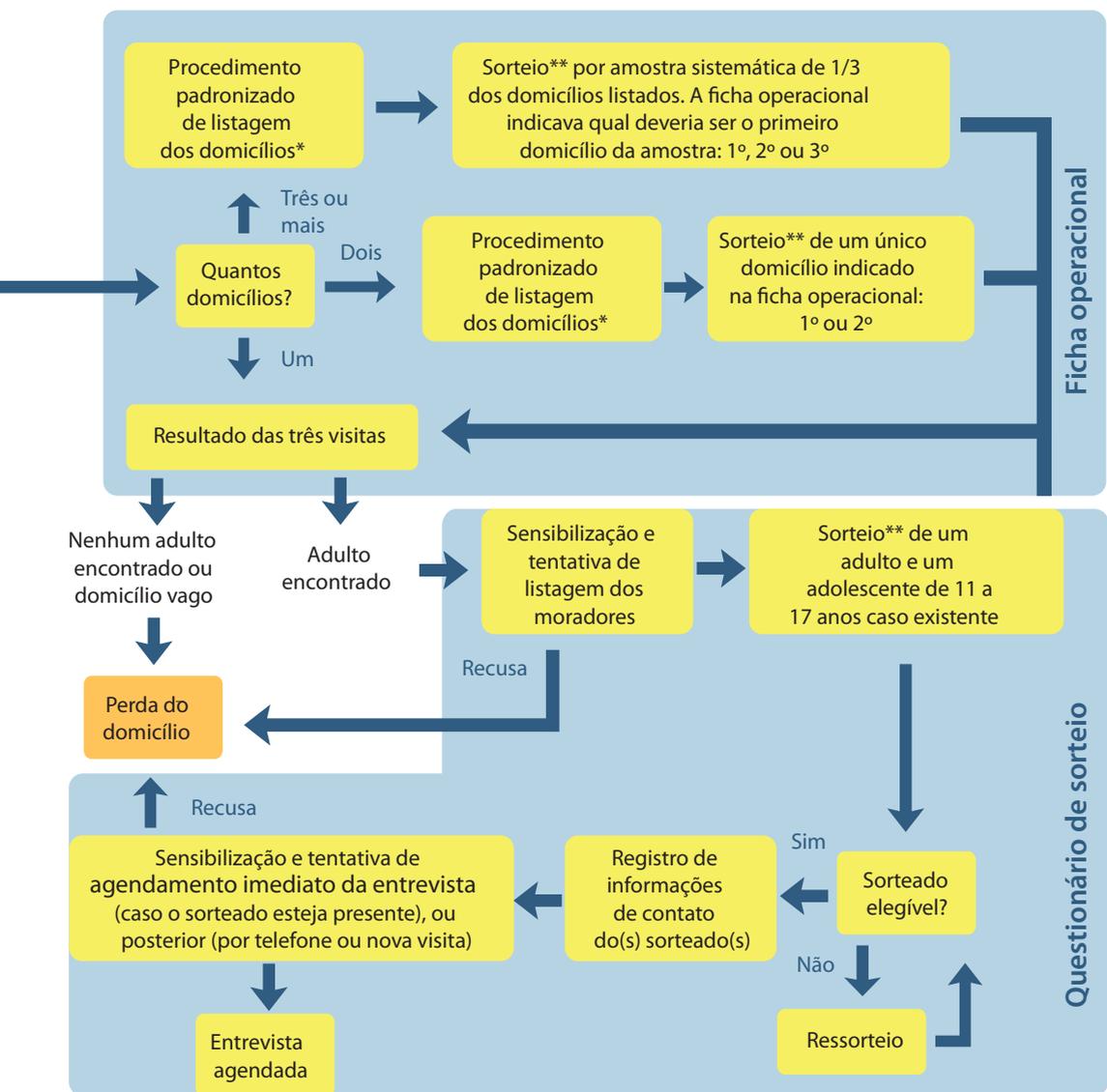
Arrolamento

Para essa etapa, profissionais denominados arroladores validaram os endereços e domicílios previamente sorteados, por meio da base de dados disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e, em campo, realizaram o sorteio do(s) entrevistado(s). Para esse propósito, os arroladores receberam um kit de arrolamento, contendo: questionário do setor, ficha operacional, questionário do sorteio e folder com informações gerais sobre o inquérito (Figura 3.6).



*A listagem de domicílios na ficha operacional seguia normas pré-estabelecidas. Em prédios, por exemplo, listava-se os apartamentos do último andar para o primeiro, e, em cada andar, em ordem crescente, de acordo com sua identificação numérica ou alfabética.

** Sorteio pré-definido por números aleatórios impressos no questionário.



Fluxograma 3.2 – Arrolamento: do endereço selecionado até o agendamento da entrevista ou perda do domicílio



OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA
DE BELO HORIZONTE

UFMG/SHS/SPH



Pesquisa e Informação Estratégica

Prefeitura

Contatos

Instituto Olhar
Geral: (31)3482 0007
Coordenação: (31)3234 6647
Rua Hermilo Alves, 270
Santa Tereza - 31010-070
Belo Horizonte - MG

Observatório de Saúde Urbana de BH
Faculdade de Medicina da UFMG
(31)3409 9949
Av. Prof. Alfredo Balena, 190
6º andar sala 625
Santa Efigênia- 30130-100
Belo Horizonte - MG
www.medicina.ufmg.br/osubh

ACS | Faculdade de Medicina da UFMG

Saúde em Beagã

A Faculdade de Medicina da UFMG e a Prefeitura estão realizando um estudo das condições de vida e de saúde dos adultos e adolescentes de Belo Horizonte.



O Projeto 'Saúde em Beagá' tem como objetivo conhecer os fatores que influenciam a sua saúde.

Onde?

Nas regiões Oeste e Barreiro da cidade de Belo Horizonte.

Quem responderá a pesquisa?

Foram escolhidas 4.500 residências para participar desta pesquisa. Em cada uma será escolhido 1 adulto, de 18 anos ou mais, e 1 adolescente, de 11 a 17 anos.

Quando será realizada?

Entre os meses de agosto de 2008 a março de 2009.

As entrevistas são agendadas de acordo com a disponibilidade das pessoas, podendo ser realizadas em qualquer horário ou dia, inclusive nos finais de semana.

Quem fará as entrevistas?

As entrevistas são realizadas por uma equipe treinada pelos pesquisadores da Faculdade de Medicina da UFMG, com duração de aproximadamente 50 minutos.

Como é a entrevista dos adultos?

Os adultos respondem sobre os seguintes assuntos: ocorrência de doenças, uso de serviços de saúde, atividade física, hábitos alimentares, estrutura familiar, condições da casa, atividades do dia-a-dia, relacionamento com os vizinhos e segurança.

Como é a entrevista dos adolescentes?

Os adolescentes preenchem sozinhos um questionário confidencial, com perguntas sobre seu bem estar, relacionamento com a família e amigos, vida na escola, atividade física, lazer e diversão.

Será feito algum tipo de exame?

Todos aqueles que concordarem em responder a pesquisa terão seu peso e altura anotados em um cartão, com orientações básicas sobre seu estado nutricional.

Por que sua participação é importante?

As informações desta pesquisa são muito importantes para conhecer a realidade desta região e a influência que ela tem na SAÚDE das pessoas que nela vivem.

Estas informações poderão ajudar no planejamento de ações para melhorar as condições de saúde, incluindo assistência médica, convivência, lazer, segurança e qualidade de vida.



Figura 3.6. – Material informativo utilizado no Saúde em Beagá, 2008-2009

Informações sobre cada endereço sorteado, preenchidas no questionário do setor, possibilitavam o acompanhamento e a checagem do trabalho de campo dos arroladores (Quadro 3.1).

A ficha operacional (Figura 3.8), que fazia parte dos instrumentos utilizados para o arrolamento, foi elaborada para caracterizar os endereços sorteados.

Quadro 3.1
Informações adicionais sobre cada endereço presentes no questionário do setor, Saúde em Beagá, 2008-2009

Informações	Observações	Finalidade
"Posição correta?"	Refere-se à posição do endereço no mapa.	Atualizar os mapas a serem repassados aos entrevistadores. Facilitar e agilizar a coleta de dados.
"Alguma moradia?"	Confirmar se o endereço correspondia a um domicílio ou se era unidade vaga (em construção, em ruínas, demolida), lote vago ou unidade não residencial (comercial ou institucional).	Verificar se o endereço era elegível ou não. Validar a listagem de endereços sorteados.
"Quantos sorteados?" e "Quantos efetivados?"	Avaliar a relação entre o número de domicílios sorteados e número de domicílios em que o arrolador conseguiu agendar a entrevista.	Controlar a produtividade do arrolador.

Os processos de listagem e sorteio dos domicílios em endereços com mais de uma moradia (prédios, conjuntos habitacionais, casas geminadas etc.) eram registrados em uma parte da ficha operacional, que continham campos destinados ao preenchimento dos imóveis que pertenciam àquele endereço previamente selecionado.

Em cada domicílio sorteado, era feito o contato com um morador adulto, apresentando-lhe um folder explicativo do projeto (Figura 3.6) e procedendo o sorteio do(s) entrevistado(s). Após fazer uma listagem dos moradores adultos, por sexo e idade, no questionário de sorteio, o arrolador registrava o total de adultos do domicílio. Em frente a cada um desses

Análise dos fatores condicionantes da saúde da população por áreas delimitadas e formulação de propostas de intervenção

Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte

Saúde em Beagá

FICHA OPERACIONAL E QUESTIONÁRIO DO SORTEIO

FICHA OPERACIONAL

01. Localização

Distrito: _____ Setor censitário: _____ - _____

Área de abrangência: _____

Rua/Ave: _____

Nº: _____

Bairro: _____

Cep: _____ Identificador do endereço: _____

FO-01. Esse endereço é:

Unidade residencial Lote vago

Unidade vaga (em construção, ruínas, demolida) Unidade não encontrada

Unidade não residencial (comercial ou institucional) NA

Outro

pagelink

Figura 3.8 – Detalhe da primeira página da ficha operacional, utilizada para caracterização dos endereços previamente sorteados, Saúde em Beagá, 2008-2009

totais, foram impressos números aleatórios (variando de um até o total correspondente), que indicavam o adulto sorteado no domicílio, de acordo com sua posição na lista. Foram considerados critérios de exclusão: adultos com deficiência mental, auditiva ou demência; indivíduos que não estariam em boas condições de saúde para responder ao questionário nos 15 dias subsequentes; e aqueles que estariam ausentes na próxima quinzena, por motivo de trabalho, internação hospitalar ou cumprimento de pena judicial (prisão).

Para os adolescentes (11 a 17 anos completos), foram adotados os mesmos procedimentos de sorteio e critérios de exclusão. Contemplaram-se, ainda, deficiência visual e analfabetismo e dificuldade de ler e escrever, uma vez que o instrumento de coleta de dados nesse grupo populacional foi autopreenchido. A efetivação do arrolamento acontecia quando os moradores eram listados e sorteados para as entrevistas. Após a identificação da pessoa a ser entrevistada, o arrolador agendava o melhor dia e horário para realizar tal procedimento e lhe entregava o folder explicativo sobre o projeto (Figura 3.6).

Entrevista

Todos os instrumentos foram pré-testados para garantir a adequação das questões incorporadas a eles. Na etapa de arrolamento, o agendamento prévio das entrevistas proporcionou maior controle sobre a logística de campo e tornou a atividade mais produtiva. Em muitos casos, mesmo sendo realizado o agendamento prévio, pessoalmente ou por telefone, o morador sorteado não estava disponível para responder à entrevista. Nessas ocasiões, foram realizados, no máximo, três retornos para tentar efetivar a aplicação do questionário.

Os instrumentos utilizados para a entrevista foram: questionário do adulto, respondido face a face; e questionários dos adolescentes (específicos por faixa etária, 11 a 13 anos ou 14 a 17 anos), que eram autopreenchidos. Além da entrevista, foi realizada avaliação antropométrica dos participantes, por meio da mensuração de peso, altura e circunferência da cintura.

Para viabilizar o cruzamento das informações obtidas por meio de diferentes instrumentos de coleta de dados, cada um dos participantes foi identificado com um código único e predefinido, associado a cada domicílio sorteado. Essa estratégia possibilitou que os questionários dos adolescentes fossem mais objetivos, sendo dispensáveis perguntas sobre composição familiar, características do domicílio e renda familiar, entre outras variáveis de interesse, que já estavam no questionário do sorteio e no do adulto. Os questionários só eram preenchidos pelos adolescentes

nos domicílios em que o adulto sorteado estivesse respondendo à entrevista ou já a havia respondido.

Além das entrevistas domiciliares, executadas conforme definições do processo amostral, foram realizadas 319 entrevistas com adultos participantes da Academia da Cidade, inaugurada em outubro de 2008, período coincidente com a coleta de dados.

Instrumentos e seus domínios

Questionário do adulto

O questionário para coleta de informações dos indivíduos adultos (18 anos ou mais) foi elaborado pelos pesquisadores do OSUBH, após vasta revisão da literatura. Para possibilitar a comparabilidade com trabalhos já publicados sobre o mesmo tema, além das questões elaboradas especificamente para esse estudo, o questionário possui perguntas classicamente utilizadas em pesquisas epidemiológicas nacionais e internacionais, como National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), Behavioral Risk Factor Surveillance System (BFRSS) e inquéritos brasileiros de saúde.

Os dados foram coletados por meio de entrevista face a face, com duração de aproximadamente 40 minutos. Por abordar questões diversas e para que a entrevista seguisse um roteiro lógico e organizado, tanto para o entrevistador quanto para o entrevistado, o questionário do adulto foi dividido em módulos, subdivididos em seções, de acordo com o tema a ser tratado. Para facilitar a identificação das perguntas, estas foram numeradas e precedidas da sigla do módulo ao qual pertencem e do número da seção em algarismo romano (por exemplo: DO.I-01, ou seja, trata-se da primeira questão do módulo domiciliar, seção 1) (Quadro 3.2).

Adicionalmente, cartões de resposta (Quadro 3.3) foram criados com o objetivo de garantir a padronização da coleta de dados e auxiliar entrevistador e entrevistado a preencher/responder questões mais detalhadas, que poderiam gerar dúvidas ou teriam muitas opções de resposta.

Quadro 3.2
Domínios e seções do questionário adulto, Saúde em Beagá, 2008-2009

(Continua)

Módulos	Seções	Características dos módulos
Domiciliar (DO)	I. Informações do domicílio II. Alimentação no domicílio III. Informações sobre crianças com 10 anos ou menos IV. Avaliação das famílias com pessoas portadoras de deficiência	19 questões sobre características do domicílio respondidas pelo indivíduo sorteado
Dados sociodemográficos (SD)	—	19 questões sobre características sociodemográficas do indivíduo sorteado (ie. sexo, idade, escolaridade, renda) Além das perguntas sobre o indivíduo, contém informações sobre escolaridade do chefe da família e dos pais do entrevistado.
Mobilidade (MO)	—	3 questões sobre mobilidade, abrangendo o tempo de residência na mesma casa, mesmo bairro e em Belo Horizonte
Determinantes sociais (DS)	I. Avaliação dos serviços públicos da vizinhança II. Desagregação social III. Autopercepção da vizinhança IV. Participação social V. Coesão social/capital social VI. Violência VI. 1. Risco de sofrer violência VI. 2. Ocorrência de violência VII. Conclusão	36 questões sobre avaliação e autopercepção da vizinhança, participação social e violência Elaborado para a coleta de informações sobre características do entorno do local de moradia
Saúde (SA)	I. Autopercepção de saúde II. Morbidade II. 1. Doenças crônicas III. Uso de serviços de saúde III. 1. Serviços de saúde em geral III. 2. Utilização de serviços por outros motivos III. 3. Exames preventivos III. 4. Utilização de serviços odontológicos IV. Funcionalidade IV. 1. Ocorrência de acidente V. Qualidade de vida	37 questões relacionadas a diversos aspectos da saúde do indivíduo, incluindo autopercepção da saúde e qualidade de vida, morbidade referida, utilização de serviços de saúde

Módulos	Seções	Características dos módulos
Hábitos e comportamentos (HC)	I. Alimentação/nutrição II. Atividade física II.1. Atividade física em casa II.2. Atividade física de deslocamento II.3. Capital social e prática de atividade física no trabalho II.4. Capital social e prática de atividade física II.5. Autopercepção de atividade física III. Tabagismo IV. Álcool e outras drogas	65 questões sobre hábitos alimentares, prática de atividade física em diferentes domínios, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas

Quadro 3.3

Cartões de resposta utilizados anexos ao questionário do adulto, Saúde em Beagá, 2008-2009

Cartões de resposta	Observações/Conteúdo
Cartão 1. Escala de equivalência da renda familiar	Cartão contendo a correspondência do valor do salário mínimo (em Reais), definido no período da coleta de dados
Cartão 2. Escala de respostas sobre a percepção da vizinhança	Cartão contendo opções de resposta idênticas às do questionário, porém de forma que o entrevistado pudesse acompanhar a leitura das opções, que eram extensas
Cartões 3, 5, 6 e 9. Escalas numéricas ordinais	Escalas apropriadas para cada questão, com respostas gradativas. Por exemplo: escala com quatro itens, variando de muito pequeno a muito grande; de cinco, variando de muito ruim a muito bom, de muito insatisfeito a muito satisfeito, e de nunca a sempre; e, de sete itens, variando de muito triste a muito feliz
Cartão 4. Escala de faces	Escala numérica ordinal caracterizada por rostos, que indicam como o entrevistado estava se sentindo nas duas semanas anteriores à pesquisa
Cartão 7. Escala de imagem corporal	Escala proposta por Stunkard, em 1983, para possibilitar ao entrevistado avaliar a percepção de sua imagem corporal. Escala disponibilizada para homens e mulheres
Cartão 8. Intensidade da atividade física	Cartão com texto e ilustrações para auxiliar na classificação da intensidade da atividade física praticada como leve, moderada e vigorosa
Cartão 10. Escala de satisfação com a vida	Escala representada por uma escada com dez degraus
Ficha de porções de frutas	Ficha com ilustrações de frutas mais comumente consumidas pela população-alvo e sua equivalência em porções
Ficha de doses de bebidas alcoólicas	Ficha com ilustrações de bebidas alcoólicas mais comumente consumidas pela população-alvo e sua equivalência em doses ou drinques

Questionários dos adolescentes

As informações dos adolescentes (11 a 17 anos completos) foram obtidas por meio de questionário autoaplicado e confidencial, desenvolvido pelo OSUBH. A principal referência para a construção desse instrumento foi o relatório publicado em 2007, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que tratava de uma avaliação multidimensional do bem-estar dos adolescentes em 21 países desenvolvidos. Além dessa publicação utilizaram-se questões do estudo de coorte de nascimentos, realizado em 1993, em Pelotas (RS), pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas, da Universidade Federal de Pelotas (CPE/UFPel), e da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), promovida pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde. A partir dessas referências, construíram-se dois instrumentos:

- a) Questionário dos adolescentes de 11 a 13 anos de idade, com questões relacionadas aos domínios: bem-estar educacional e material, relacionamentos com pais e amigos, hábitos e comportamentos de saúde e bem-estar subjetivo, conforme especificações do Quadro 3.4.
- b) Questionário dos adolescentes de 14 a 17 anos de idade, com as mesmas questões do instrumento para faixa etária de 11 a 13 anos, acrescidas de variáveis relacionadas a comportamentos de risco e no trânsito (Quadro 3.4).

Por serem questionários autopreenchidos e confidenciais, o adolescente foi orientado a ficar em ambiente calmo e sem interferência de outras pessoas durante o preenchimento. Para garantir a qualidade da informação, o entrevistador registrou informações sobre possível intervenção de terceiros em uma ficha operacional. Entre as questões desse instrumento se destacam: “O entrevistado ficou sozinho durante o preenchimento?”; “O entrevistado tem algum problema de saúde que lhe pareça importante?”; e “Na opinião do entrevistador como foi o preenchimento do questionário? a) Totalmente secreto, b) Pediu ajuda para o entrevistador ou c) Pediu ajuda para outras pessoas”.

Quadro 3.4
Domínios do questionário dos adolescentes, Saúde em Beagá, 2008-2009

Domínios	Características dos domínios
Bem-estar educacional	Questões relacionadas à vida escolar dos adolescentes – frequência no ano da pesquisa, atraso escolar, expectativa da profissão e interesse dos pais pela vida escolar dos respondentes – perguntas sobre o “gostar” da escola
Bem-estar material	Visa conhecer o bem-estar material, por meio de questões relacionadas à presença de itens no domicílio – como computador para estudo, dicionário, livros etc. –, existência de quarto e cama para o adolescente e tipo de escola – pública ou privada
Contexto familiar e social	Os indicadores utilizados foram: estrutura familiar, relacionamento com os amigos e com os pais, sentimento de confiança e amor pelos pais, participação em organizações como igreja e grêmios escolares e sobre insegurança na vizinhança
Hábitos e comportamentos	Tem como objetivo investigar marcadores de hábitos alimentares e da prática de atividade física. Para os adolescentes com 14 a 17 anos, investigou-se também iniciação sexual, consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, comportamento no trânsito, envolvimento em brigas e <i>bullying</i>
Bem-estar subjetivo	A avaliação do bem-estar subjetivo representa uma tentativa de conhecer as percepções do adolescente sobre o seu próprio bem-estar. Esse domínio incluiu avaliações de satisfação corporal, bem-estar pessoal e satisfação com a vida atual e futura e a auto-percepção de saúde

Antropometria

Devidamente treinados por nutricionistas, segundo as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, os entrevistadores realizaram aferição de peso – em quilos (kg) –, altura – em metros (m) – e circunferência da cintura (CC) – em centímetros (cm) – de todos os participantes do estudo. Para mensurar o peso, utilizou-se a balança Tanita Ironman BC-553^o, que possui capacidade de 150 kg e foi ajustada a cada medição. Considerou-se a variação de 0,1 kg para os indivíduos vestindo um mínimo de roupas, sem joias e/ou bijuterias e com a bexiga vazia.

A altura foi medida por meio de um estadiômetro WSC/Wood Compact/Cardiomed[®], com resolução em milímetros e capacidade de medir de 0 cm a 220 cm. Os participantes da pesquisa foram adequadamente encostados no aparelho, de costas para o marcador, com os pés unidos, em posição ereta, olhando para frente, sendo a leitura feita no milímetro mais próximo quando o esquadro móvel, acompanhando a haste vertical, tocava a cabeça do indivíduo.

As medidas de circunferência da cintura foram realizadas por meio de fita inelástica da marca Cardiomed, com 180 cm de comprimento e 0,8 cm de largura. A CC foi aferida na região correspondente a dois dedos acima da cicatriz umbilical, com o indivíduo de pé, com o tronco ereto, com os pés afastados a aproximadamente 20 cm, e os braços estendidos ao longo do corpo.

Após aferir as medidas antropométricas, os entrevistadores calculavam o índice de massa corporal (IMC) e preenchiam um cartão, posteriormente oferecido ao entrevistado, com os dados antropométricos e orientações gerais sobre seu estado nutricional, classificado conforme pontos de corte preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Figura 3.9). Os cartões foram impressos em quatro cores para os adultos, de acordo com a faixa do IMC do entrevistado: amarelo (baixo peso), verde (eutrofia), laranja (sobrepeso), vermelho (obeso) e, para os adolescentes, eram registradas, em um cartão azul, informações sobre peso, altura e circunferência da cintura, além de orientações nutricionais.

Avanços, retrocessos e desafios no trabalho de campo

Todo trabalho de campo requer planejamento prévio e definição detalhada da logística, na tentativa de prever problemas futuros e antecipar soluções de forma eficiente.

Para controle e melhor gerenciamento de todo o processo, os pesquisadores do OSUBH e profissionais da empresa contratada foram divididos em três níveis de atuação: estratégico, de controle e operacional (Figura 3.10).

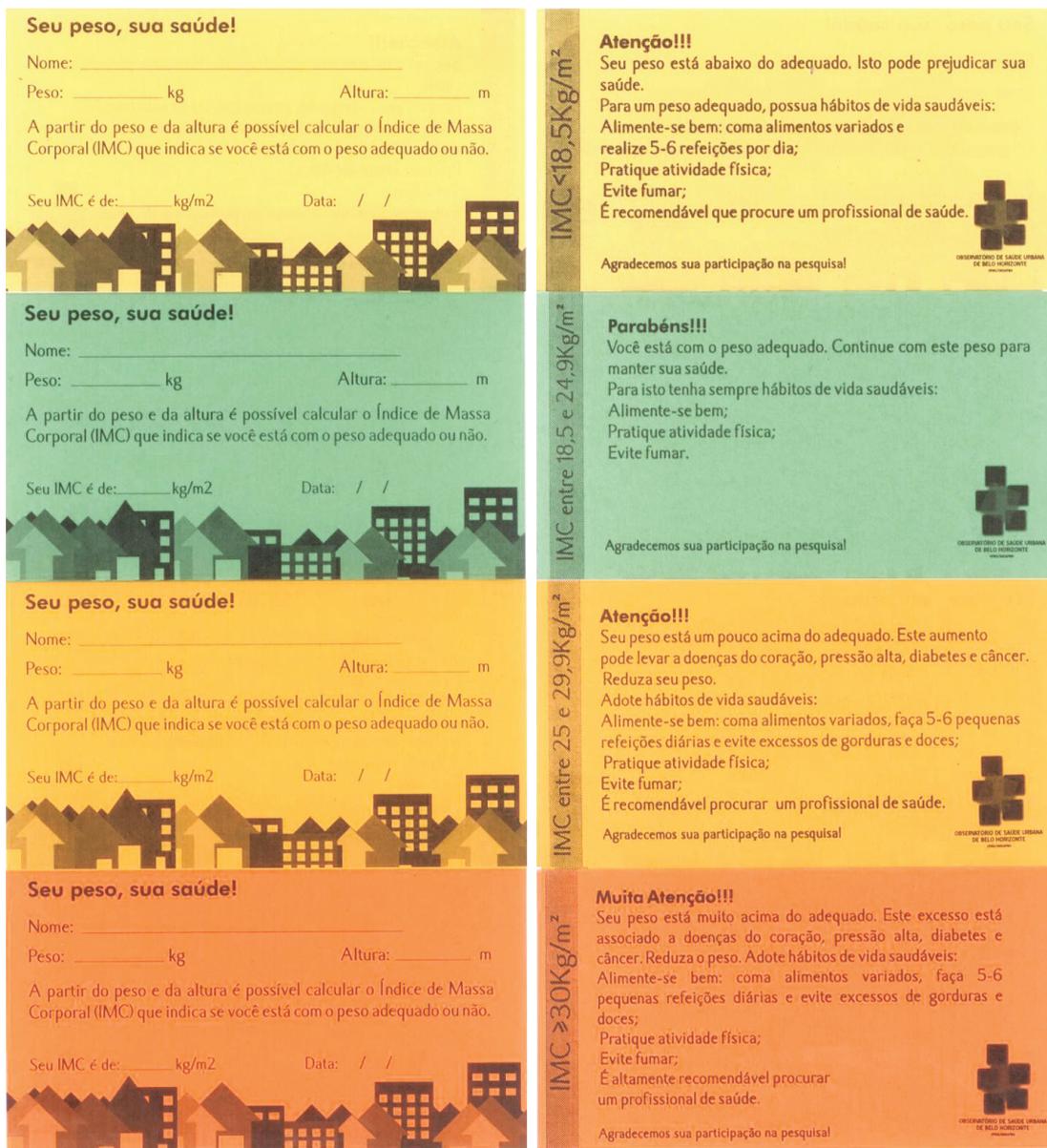


Figura 3.9 – Cartões de classificação do estado nutricional, distribuídos aos entrevistados após a avaliação antropométrica, Saúde em Beagá, 2008-2009

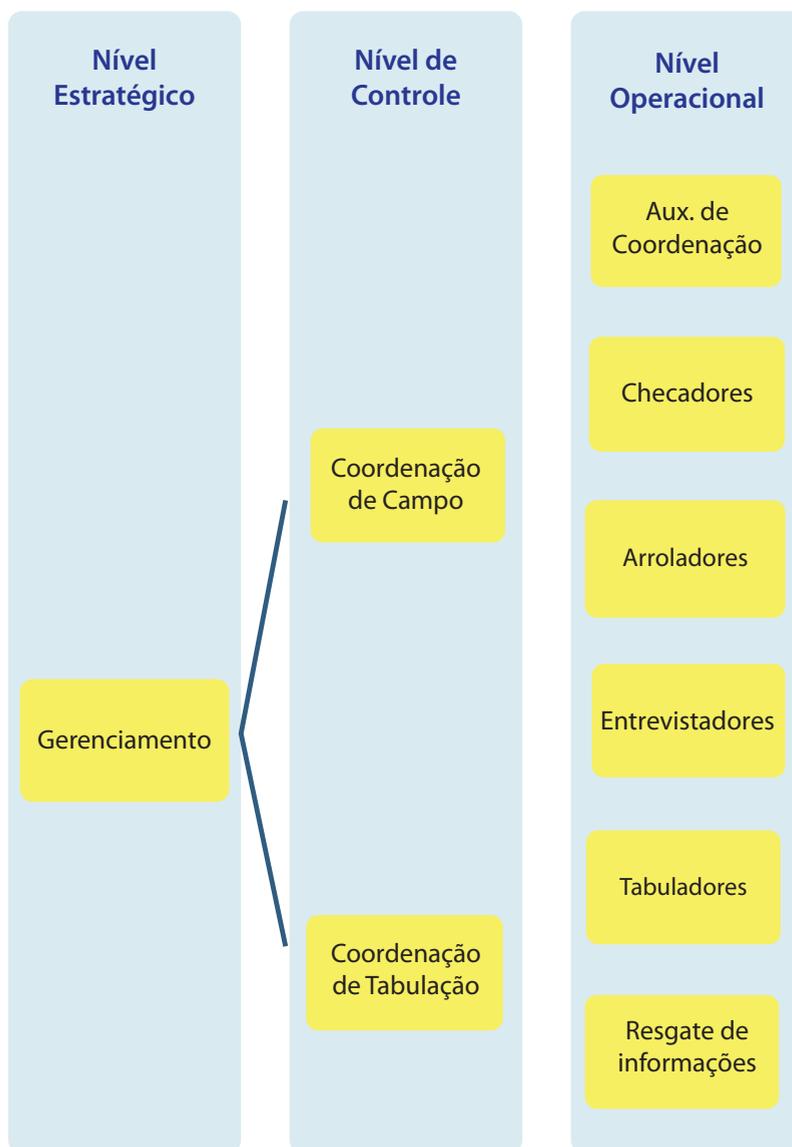


Figura 3.10 – Organograma da equipe envolvida na coleta de dados, Saúde em Beagá, 2008-2009

A equipe do nível estratégico, composto pela atividade de gerenciamento, era responsável pelas decisões centrais do trabalho, como ajustes de orçamento, controle de prazos, cronograma, mudanças nas estratégias

de coleta das informações e definições de regras e diretrizes para os demais integrantes do grupo.

Pesquisadores e profissionais do nível de controle, composto pelas atividades de coordenação de campo e tabulação, tinham como principais responsabilidades o treinamento e recrutamento dos colaboradores do nível operacional. Também eram suas atribuições o controle e o repasse de material e instrumentos de coleta de dados, remuneração, direcionamento da equipe, soluções de problemas recorrentes da execução do trabalho, controles de produção e acompanhamento das atividades.

A contratação dos profissionais foi condicionada à adequação de seu perfil às atividades a serem desenvolvidas e a seu desempenho durante os treinamentos. Todos passaram por capacitação, de acordo com a função a ser exercida, e receberam um manual completo para consultas periódicas. Para seleção dos arroladores e entrevistadores, exigiram-se idade igual ou superior a 18 anos, escolaridade mínima de segundo grau, participação no treinamento para coleta de dados e desenvoltura e dinamismo na aplicação de questionários.

Os principais desafios foram originados por duas fontes: profissionais envolvidos na coleta de dados e população-alvo.

Profissionais envolvidos na coleta de dados

Os profissionais que têm contato direto com o potencial entrevistado devem compreender perfeitamente os objetivos da pesquisa e, assim, garantir maior adesão ao estudo. Ademais, eles são os principais responsáveis pela qualidade da informação coletada. Para garantir a confiabilidade entre os entrevistadores, o ideal é trabalhar com uma equipe reduzida, qualificada e bem treinada.

No entanto, o número de profissionais deve ser estimado conforme o tempo planejado para a coleta de dados e a amostra pretendida, o que está diretamente relacionado ao custo da pesquisa. Dessa forma, foi necessário lançar mão de estratégias, pensando no melhor custo-benefício para o propósito do trabalho.

A equipe de arroladores do Saúde em Beagá foi composta, em média, por 14 profissionais, oscilando de 7 a 21, de acordo com as demandas de arrolamento dos setores. Já o grupo de entrevistadores contou com 19 integrantes, variando de 9, no início da pesquisa, devido ao reduzido número de equipamentos para avaliação antropométrica, a 23 entrevistadores, ao final do trabalho, para o cumprimento do cronograma.

Um dos grandes desafios encontrados foi a rotatividade de pessoal, especialmente entre entrevistadores. Para as entrevistas, aproximadamente 60 profissionais foram treinados e aproveitados em campo, durante os 185 dias de coleta, com tempo médio de permanência na atividade igual a 50 dias. Entre os principais motivos para o grande número de substituições, destacaram-se a dificuldade encontrada pelos entrevistadores de trabalhar com um questionário extenso, que demandava cerca de 40 minutos para aplicação, a quantidade e o peso do material que compunha o kit da entrevista (aproximadamente 8,5 kg).

Além disso, o período em que os dados foram coletados coincidiu com a demanda aumentada no mercado de trabalho para contratação de entrevistadores – temporada de campanha eleitoral. Esses profissionais recebiam propostas mais simples de coleta de dados e que garantiam maior produtividade e rendimento financeiro. Entre os arroladores, o principal motivo da rotatividade foi a dificuldade na execução do trabalho, como entendimento incorreto do instrumento de sorteio dos entrevistados e problemas na abordagem dos moradores dos domicílios sorteados.

À medida que os pesquisadores informavam sua desistência ou eram desligados por alguma conduta inadequada na pesquisa, treinavam-se novas equipes. Para garantir a padronização e a confiabilidade da coleta de dados, a capacitação era fornecida sempre pelos mesmos pesquisadores do OSUBH, utilizando o manual previamente definido e não mais alterado. Para evitar treinamentos frequentes, um número maior de entrevistadores eram qualificados ao mesmo tempo, sendo feita uma lista daqueles que tiveram melhor desempenho para que, posteriormente, fossem incorporados à coleta de dados. Os demais profissionais envolvidos

na pesquisa – crítica, tabulação, auxiliares de coordenação e checagem – permaneceram no projeto do início ao fim, o que favoreceu o controle de qualidade e a conferência do material.

A estratégia de checagem foi essencial para detecção de falhas durante a coleta de dados, garantindo a qualidade das informações coletadas. O arrolamento dos domicílios e as entrevistas passaram por um processo contínuo de conferência, na tentativa de evitar falhas metodológicas na execução. O processo de checagem foi realizado parte *in loco* – checagem dos trabalhos com arroladores ou entrevistadores independentes – e parte por telefone – checagem de questões específicas do questionário. Os profissionais responsáveis pela checagem tinham experiência prévia ou já haviam atuado efetivamente em campo realizando arrolamentos e entrevistas – sendo remanejados para a checagem durante o campo. Assim, conheciam as peculiaridades e dificuldades do processo e dominavam os instrumentos de coleta de dados.

Ao todo, foram identificadas 17 condutas incorretas, incluindo: a entrevista não foi realizada com a pessoa sorteada; a avaliação antropométrica não foi efetuada; e o entrevistador preencheu questionário sem entrevistar qualquer pessoa. Após a identificação dos entrevistadores responsáveis por tais falhas, esses profissionais foram retirados da pesquisa, e seu material, 100% verificado. Descartaram-se todos os questionários preenchidos de forma inadequada.

População-alvo

O acesso à população-alvo dependia de diferentes fatores, tornando imprescindível a adoção de estratégias específicas para cada situação. Para o inquérito adotaram-se, inicialmente, estratégias de sensibilização previamente planejadas, como distribuição de *folders* e *flyers*. O primeiro passo, anterior à coleta de dados, foi o estabelecimento de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, que viabilizou o acesso aos gerentes de saúde das duas regionais onde seriam coletados os dados, Oeste e Barreiro. Após conhecerem os objetivos da pesquisa em prol da saúde pública, as gerentes das regionais organizaram uma reunião ampliada com as gerentes

dos centros de saúde. Com a mobilização das regionais e dos centros de saúde, formou-se uma rede, facilitando o acesso aos moradores.

Os agentes comunitários de saúde, residentes na área de abrangência do centro de saúde, desenvolveram ações individuais ou coletivas, principalmente em áreas com maiores Índices de Vulnerabilidade à Saúde, sob supervisão do gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS) ligado à Secretaria Municipal de Saúde. Esses profissionais desempenharam papel importante como mediadores entre a equipe de pesquisadores do OSUBH e as lideranças comunitárias para a divulgação da pesquisa, garantindo, assim, a inserção dos arroladores e entrevistadores nas comunidades e maior confiança da população no trabalho que seria desenvolvido. De forma complementar, e com o mesmo intuito, os agentes distribuíram *flyers* (Figura 3.11) nos setores amostrados antes do arrolamento e durante sua execução e acompanharam os arroladores e entrevistadores em locais de difícil acesso, seja por questões geográficas ou decorrentes de possível violência local.

Adotaram-se estratégias adicionais de sensibilização pelos pesquisadores do OSUBH, principalmente nos setores de baixa vulnerabilidade à saúde, nos quais há concentração de moradores de melhor nível socioeconômico. Dentre as estratégias utilizadas, destacam-se: distribuição de *flyers* (Figura 3.11) em estabelecimentos comerciais de grande movimento e igrejas, locais estratégicos, indicados pelos gerentes das regionais de saúde; utilização de cartazes afixados em espaços comerciais, pontos de referência dos bairros e postos de vacinação da campanha contra a rubéola, maior campanha de vacinação já realizada no mundo para a população de homens e mulheres de 20 a 39 anos; visitas aos síndicos e moradores dos prédios sorteados, com distribuição de cartas e *folders* (Figura 3.6) nos domicílios selecionados; e divulgação na mídia impressa e televisiva.

Todos os profissionais envolvidos na pesquisa usavam camisetas e crachás de identificação, aumentando a confiança dos moradores para recebê-los.

Saúde em Beagá

Como as pessoas vivem na sua vizinhança?

A Faculdade de Medicina da UFMG e a Prefeitura estão realizando um estudo das condições de vida e de saúde dos moradores de BH.

Participe! Receba nossos pesquisadores.

Para mais informações,
ligue: 3409 9949
www.medicina.ufmg.br/osubh



Prefeitura



Figura 3.11 – Flyer distribuído pelos agentes comunitários de saúde, nos setores censitários amostrados, como estratégia de sensibilização da população-alvo, Saúde em Beagá, 2008-2009

Cumprimento do cronograma

No intuito de obter informações de 4.500 moradores adultos residentes nos distritos sanitários Oeste e Barreiro, planejaram-se a execução das atividades de campo e a finalização da checagem da consistência dos questionários em cinco meses, de agosto a dezembro de 2008. No entanto, alguns eventos afetaram significativamente o desenvolvimento do trabalho de campo, acarretando um atraso de aproximadamente dois meses.

Entre os principais problemas que contribuíram para que o cronograma proposto não fosse cumprido, destacam-se:

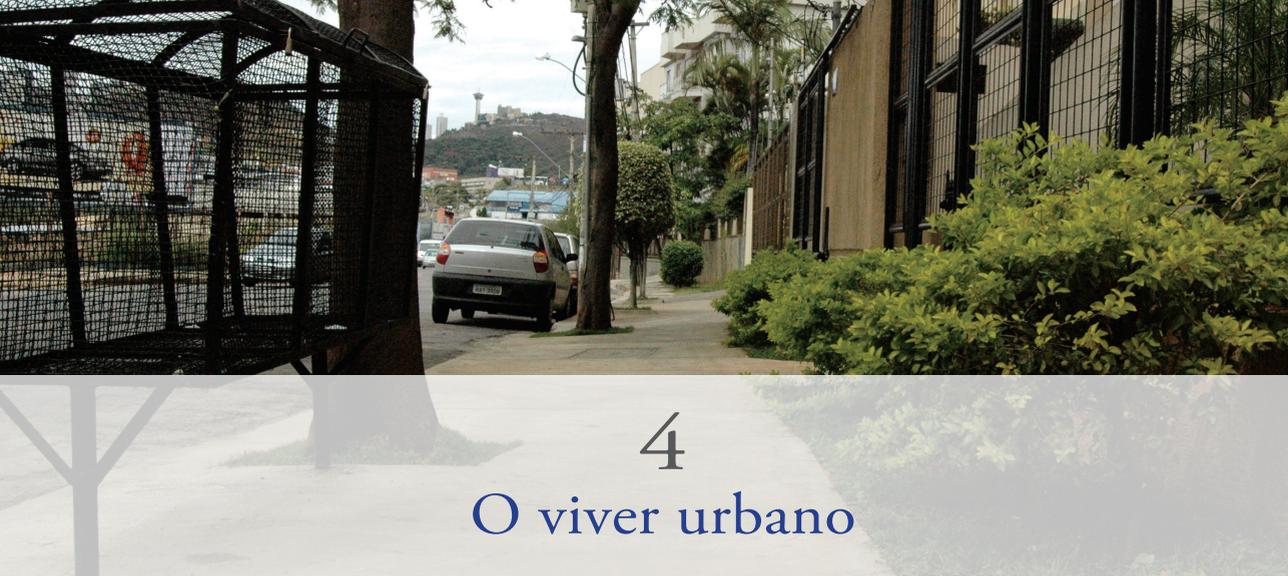
- Para verificar o rendimento mensal dos entrevistadores em campo e administrar o investimento em equipamentos para a avaliação antropométrica, no mês de agosto, a coleta de dados foi realizada com a capacidade mínima (nove entrevistadores). Visto o baixo rendimento, novos equipamentos foram adquiridos e, em outubro, concluiu-se que seria necessário trabalhar com uma equipe de, no mínimo, 18 entrevistadores por mês. Devido ao reduzido número de entrevistadores em campo, as metas para agosto e setembro não foram alcançadas.
- A rotatividade de pessoal interferiu diretamente na produtividade, principalmente nos três primeiros meses de coleta de dados.
- Em outubro, as pesquisas eleitorais elevaram a demanda por profissionais da área, o que trouxe transtornos para a composição da equipe com a saída de várias pessoas.
- Em dezembro, as datas comemorativas afetaram a produção dos entrevistadores, assim como em janeiro, período de férias.

O planejamento adequado, bem como a composição de uma equipe consolidada e consciente da importância do trabalho executado, permitiu a transposição dos desafios para obtenção de dados qualificados, úteis para gerar informações relevantes à saúde pública.

Referências

1. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Gerência de Epidemiologia e Informação – GEEPI. Jul. 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003>>. Acessado em: 12 jan. 2011.
2. Fundação SEADE. Pesquisa de Condições de Vida 1998: primeiros resultados. São Paulo: Fundação SEADE: 1999.
3. Homogeneidade Intraclasse: Estudo empírico sobre setores censitários como unidades primárias de amostragem. São Paulo: [s.n.], 2004. [78] p. tab.
4. Kish L. Survey Sampling. Nova York: Wiley, 1965.





4

O viver urbano

Eulilian Dias de Freitas | Elaine Leandro Machado
Vitor Passos Camargos | Fernando Augusto Proietti

Pela primeira vez na história, mais pessoas estão vivendo nas cidades que nas áreas rurais.¹ Nesse cenário, um dos maiores desafios para a saúde pública, neste século, será o enfrentamento dos efeitos adversos para a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos, resultantes da crescente proporção da população mundial residindo em áreas urbanas.

Em especial nos países em desenvolvimento, o processo de urbanização é mais acelerado, resultando na expansão de áreas intraurbanas vulneráveis.² No Brasil, tanto o processo de crescimento populacional quanto o de urbanização desigual ocorreram, principalmente, devido à “periferização”, após a década de 1970.³

Embora as populações que moram nas cidades tenham mais acesso a serviços sociais, de saúde e de educação e a bens culturais – fenômeno denominado “vantagem do urbano”⁴ –, o crescimento urbano ultrapassou

a capacidade dos governos para prover infraestruturas essenciais, promulgar e aplicar leis necessárias a uma vida segura, gratificante e saudável. A urbanização mundial e a constatação de que o ambiente das cidades tem impacto diferenciado no processo saúde-doença dos indivíduos apontam para a necessidade do melhor entendimento dos determinantes da saúde das populações vivendo nesses espaços.

Aspectos demográficos e socioeconômicos

Existem diversas maneiras de caracterizar as condições socioeconômicas de uma população. Os indicadores mais utilizados são educação, renda, ocupação, posse de domicílio, itens de conforto, bens e serviços na residência, aglomeração no domicílio (número de residentes dividido pelo número de cômodos – geralmente excluindo banheiros e cozinha), entre outros. A estratificação da posição socioeconômica determina, em parte, como recursos e bens são distribuídos e acumulados ao longo do tempo por diferentes grupos sociais. É importante ressaltar que a distribuição desigual desses recursos e bens sociais conduzem a diferentes graus de vantagem econômica, política, social e cultural entre os grupos, o que pode ser traduzido em diferenças na saúde.⁵

Como é possível observar na Tabela 4.1, 54,0% dos entrevistados do Estudo Saúde em Beagá eram do sexo feminino. A proporção de mulheres foi maior em todos os estratos de Índice de Vulnerabilidade à Saúde (para mais detalhes, consulte o Capítulo 1), exceto na categoria de vulnerabilidade à saúde muito elevada, na qual 57,6% dos respondentes eram do sexo masculino. Com relação à idade, 68,1% dos indivíduos tinham entre 25 e 59 anos. A idade variou de 18 a 95 anos, sendo que a média dos homens foi 43 (DP 17,1) e a das mulheres, 45 anos (DP 16,8).

Quando questionados sobre a cor de sua pele, 46,8% se consideraram mulatos; 39,6%, brancos; 13,0%, pretos; e 0,6%, outras. Percebe-se que há uma diminuição da proporção de brancos à medida que aumenta a vulnerabilidade à saúde. Por outro lado, com a proporção de pretos e pardos ocorre o inverso.

Tabela 4.1
Características socioeconômicas e demográficas de adultos (n = 4.048),
de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

(Continua)

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Sexo					
Feminino	54,4	54,6	55,8	42,4	54,0
Masculino	45,6	45,4	44,2	57,6	46,0
Idade					
18 - 24	15,6	16,0	17,5	18,0	16,5
25 - 59	61,5	68,9	70,4	72,8	68,1
60 ou mais	22,9	15,1	12,1	9,2	15,4
Cor referida					
Mulata	36,0	45,3	53,2	58,7	46,8
Branca	58,1	41,5	29,1	20,3	39,6
Preta	5,5	12,8	16,9	19,7	13,0
Outra	0,4	0,4	0,8	1,3	0,6
Estado civil					
Casado/amigado	45,3	51,9	54,8	53,2	51,5
Solteiro	41,0	36,6	34,6	37,5	36,9
Separado/desquitado	7,1	6,6	5,3	2,7	6,0
Viúvo	6,6	4,9	5,3	6,6	5,6
Escolaridade					
Fundamental (1ª a 4ª) incompleto	2,4	7,7	14,5	21,6	9,7
Fundamental (5ª a 8ª) incompleto	6,6	23,8	30,4	35,1	22,9
Fundamental completo (até 8ª)	12,3	17,2	17,8	22,2	16,7
2º grau completo	28,6	31,5	29,3	20,2	29,3
Superior incompleto	14,4	9,0	4,2	0,9	8,1
Superior completo	21,7	8,0	3,0	0,0	8,9
Pós-graduação	14,0	2,8	0,8	0,0	4,4

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Renda familiar					
Até 1 SM**	0,2	1,4	3,6	4,2	2,1
De 1 a menos de 2 SM	3,7	14,7	28,7	31,3	18,1
De 2 a menos de 5 SM	24,3	49,6	52,2	56,0	45,5
De 5 a menos de 10 SM	23,2	23,6	12,6	6,4	18,7
10 SM ou mais	48,6	10,7	2,9	2,1	15,6
Religião					
Católica	70,0	64,4	52,6	56,4	61,2
Evangélica	10,7	26,1	36,7	35,3	26,8
Acredita em Deus, mas não segue religião alguma	8,0	5,0	7,5	6,6	6,6
Outra	9,2	3,4	3,0	1,7	4,4
Não acredita em Deus	1,7	0,8	0,0	0,0	0,7
Segue mais de uma religião	0,4	0,3	0,2	0,0	0,3

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 98 para a variável “renda familiar”)

** SM = salário mínimo; ¹1ª a 4ª série; ²5ª a 8ª séries; ³ até a 8ª série

O estado civil de maior predominância foi casado/amigado (51,5%), seguido por solteiro (36,9%), separado/desquitado (6,0%) e viúvo (5,6%). O único padrão observado nessa variável ocorreu na categoria separado/desquitado, em que as porcentagens tendem a diminuir à medida que aumenta a vulnerabilidade à saúde (Tabela 4.1).

Apenas 8,9% da população estudada possuía curso superior completo. As diferenças entre os níveis de escolaridade de acordo com o IVS ficam mais evidentes nas categorias extremas de vulnerabilidade. A proporção de indivíduos com escolaridade até o nível fundamental tende a aumentar na mesma direção que a vulnerabilidade à saúde; para curso superior ou

mais, a proporção cresce na direção oposta. Entre os moradores de áreas de vulnerabilidade muito elevada, chama atenção o fato de apenas 0,9% dos respondentes terem iniciado um curso superior e nenhum deles ter concluído algum curso superior.

Cerca de 20,0% dos entrevistados possuíam renda menor que dois salários mínimos e 15,6% tinham renda maior ou igual a dez salários mínimos. De forma geral, a frequência de indivíduos que recebem menos de um salário mínimo é baixa, mas a tendência é de aumento dessa porcentagem à medida que aumenta a vulnerabilidade à saúde. Com base nos dados, é possível notar maior concentração de renda entre moradores de áreas de baixo risco, em detrimento dos moradores das áreas de risco muito elevado (Tabela 4.1).

Ainda conforme a Tabela 4.1, a religião declarada com mais frequência pelos entrevistados foi a católica, chegando a 70,0% entre residentes de áreas de baixa vulnerabilidade. Entre as categorias de IVS, é possível observar que o aumento da proporção de católicos ocorreu de maneira inversa à de evangélicos. Pouco mais de 6,0% dos entrevistados declararam que, apesar de acreditarem na existência de Deus, não seguem religião alguma, com maiores proporções entre moradores de locais de vulnerabilidade baixa (8,0%) e elevada (7,5%).

Domicílios

A aglomeração dos indivíduos foi verificada por meio da razão moradores/cômodo. Para se obter essa razão, o total de moradores foi dividido pelo total de cômodos utilizados permanentemente para dormir. É possível perceber que, quanto maior a vulnerabilidade à saúde do local de moradia, maior a razão moradores/cômodo (Tabela 4.2).

Tabela 4.2
Razão de moradores por cômodo entre adultos (n = 4.048),
de acordo com o IVS (média; desvio-padrão), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Razão moradores/cômodo	1,5 (0,03)	1,8 (0,03)	1,9 (0,03)	2 (0,05)	1,8 (0,02)

Em relação ao número de banheiros, 59,4% dos domicílios possuíam apenas um. Esse índice apresentou variações de 77,3% a 25,5%, respectivamente, nos domicílios das áreas de vulnerabilidade muito elevada e baixa. No estrato de baixa vulnerabilidade, a resposta predominante foi três ou mais banheiros, enquanto nos outros estratos, somente um banheiro (Tabela 4.3).

Tabela 4.3
Itens de conforto, bens e serviços no domicílio (n = 4.048),
de acordo com o IVS (%) Saúde em Beagá, 2008-2009

(Continua)

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Banheiro					
1	25,5	63,3	75,2	77,3	59,4
2	36,6	28,9	20,2	19,4	27,2
3 ou mais	37,9	7,4	3,3	3,1	12,8
TV					
1 a 2	57,5	71,5	80,2	81,7	72
3 a 4	35,9	25,1	17	17,4	24,3
5 ou mais	6,4	2,4	1,1	0,0	2,6
Geladeira e/ou freezer	99,5	99,0	98,2	98,6	98,8
Rádio	97,6	96,5	94,1	95	95,9
DVD/vídeo cassete	94,3	89,2	85,7	82,9	88,7
Linha de telefone fixo	94,7	85,0	76,1	66,7	82,9
Máquina de lavar roupa	80,5	58,7	40,4	34,3	56,1

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL	
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada		
Computador						
	1	59,7	51,1	38,8	31,4	47,8
	Mais de um	21,7	6,8	2,0	0,4	8,2
Automóvel (uso particular)						
	1	36,3	39,5	26,9	23,7	33,7
	2 ou mais	27,6	11,2	6,0	0,7	12,5
Forno de micro-ondas		67,0	44,4	30,7	24,3	43,8
TV por assinatura		66,0	19,3	8,5	3,3	25,4
Empregados mensalistas		57,6	15,1	5,5	0,5	20,7
Aspirador de pó		40,0	17,5	9,8	5,8	19,3
Motos de uso particular		8,7	10,1	11,5	15,8	10,6
Assinatura paga de revista ou jornal		36,4	11,3	3,9	1,9	14,0
Tanquinho de lavar roupa		32,4	62,4	70,0	71,4	5,9
Máquina de lavar louças		14,3	3,1	2,1	0,1	5,1
Ar condicionado		3,2	1,2	0,7	0,6	1,5

* O número de observação pode variar devido a dados faltantes (informação faltante de, no máximo, quatro para a variável "TV por assinatura").

No que se refere a bens e serviços no domicílio, o item mais citado foi a TV, apenas 1,1% da população estudada declarou não possuir esse aparelho, seguido de geladeira e/ou freezer, com presença em 98,8% de todos os domicílios, sem diferenças marcantes entre os estratos de vulnerabilidade. O aparelho de DVD/ videocassete também estava presente com elevada frequência. A máquina de lavar roupas e o forno de micro-ondas aparecem em mais de 40,0% das residências pesquisadas.

Dos domicílios selecionados, 82,9% possuíam uma ou mais linhas de telefone fixo. A frequência desse item variou de 94,7% a 66,7%, no estrato de menor e maior vulnerabilidade, respectivamente. Mais da metade da população estudada possuía, pelo menos, um computador no domicílio. Entretanto, quanto maior a vulnerabilidade à saúde, menor a frequência desse item.

É possível observar na Tabela 4.3 que a maior frequência de auto-móvel de uso particular ocorreu nos dois estratos de menor vulnerabilidade. Por outro lado, nos domicílios de área de maior vulnerabilidade, registrou-se maior frequência de motos de uso particular, com um gradiente dose-resposta.

A frequência total de ar-condicionado foi baixa (1,5%), sendo mais frequente nos domicílios de áreas de baixa vulnerabilidade à saúde (3,2%). Em 57,6% dos domicílios de baixa vulnerabilidade, há empregados mensalistas, já nos demais estratos, de acordo com o aumento da vulnerabilidade, a frequência diminuiu para 15,1%, 5,5% e 0,5%.

Todos os itens, exceto tanquinho e moto de uso particular, mostraram-se menos frequentes com o aumento da vulnerabilidade à saúde. A diferença entre os estratos foi maior para máquina de lavar louças (143 vezes mais frequente nos domicílios de baixa que nos de muito elevada vulnerabilidade), assinatura paga de revista ou jornal (19,2 vezes mais frequente nos domicílios de baixa que nos de muito elevada vulnerabilidade) e aspirador de pó (6,9 vezes mais frequente nos domicílios de baixa que nos de muito elevada vulnerabilidade) (Tabela 4.3).

Caracterização da vizinhança

O ambiente urbano influencia todos os aspectos da saúde e bem-estar: a alimentação das pessoas, a qualidade do ar e da água consumida, quando (ou se) trabalham, as condições de moradia, o acesso e a utilização dos serviços de saúde, sua vulnerabilidade nas ruas e quem está disponível para apoio emocional e financeiro.⁶ Por isso há um interesse crescente pela compreensão de como as características dos locais de moradia impactam a saúde de residentes de centros urbanos. Nos últimos anos tem sido estudada a relação entre esse contexto e diversos desfechos de saúde – como prática de atividade física,⁷ doença cardiovascular⁸ e saúde mental.⁹

No Estudo Saúde em Beagá, questões sobre o contexto em que as pessoas vivem (vizinhança) foram abordadas sob os seguintes aspectos: avaliação dos serviços públicos da vizinhança, desagregação social, auto-percepção da vizinhança, participação social, coesão social/capital social e violência.

Avaliação dos serviços públicos da vizinhança

É possível observar na Tabela 4.4 que a maior parte dos serviços públicos da vizinhança foram avaliados como muito bom/bom por, pelo menos, 50% da população estudada, com exceção da avaliação de locais públicos de esporte e lazer (ruim/muito ruim: 73,8%) e equipamentos coletivos (ruim/muito ruim: 54,6%). É interessante notar que não há diferenças marcantes na avaliação de locais públicos de esporte e lazer de acordo com os estratos de vulnerabilidade nos distritos sanitários estudados (ruim/muito ruim: 79,3% e 74,3%, respectivamente, nos locais de vulnerabilidade à saúde muito elevada e baixa).

O item mais bem avaliado foi a facilidade para obter alimentos de boa qualidade na vizinhança (muito bom/bom: 80,8%), sendo que a melhor avaliação foi registrada em locais de baixa vulnerabilidade (87,0%), seguida das categorias de média (82,9%), muito elevada (75,9%) e elevada (75,1%) vulnerabilidade. Outro fator percebido de maneira positiva é a iluminação das ruas (muito bom/bom: 79,1%), com melhor avaliação nas áreas de média vulnerabilidade (82,6%) e pior na categoria baixa vulnerabilidade (69,7%) (Tabela 4.4).

Tabela 4.4
Características dos serviços públicos da vizinhança segundo a percepção dos adultos
(n = 4.048), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

(Continua)

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Iluminação das ruas					
Muito Bom/Bom	69,7	82,6	81,8	76,5	79,1
Ruim/Muito Ruim	30,3	17,4	18,2	23,5	20,9
Manutenção das ruas e calçadas					
Muito Bom/Bom	61,7	68,8	62,7	57,3	64,5
Ruim/Muito Ruim	38,3	31,2	37,3	42,7	35,5
Locais públicos de esporte e lazer					
Muito Bom/Bom	25,7	28,3	25,3	20,7	26,2
Ruim/Muito Ruim	74,3	71,7	74,7	79,3	73,8

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Equipamentos coletivos					
Muito Bom/Bom	45,8	49,6	42,8	33,0	45,4
Ruim/Muito Ruim	54,2	50,4	57,2	67,0	54,6
Transportes coletivos					
Muito Bom/Bom	76,7	71,7	68,4	70,2	71,6
Ruim/Muito Ruim	23,3	28,3	31,6	29,8	28,4
Facilidade para obter alimentos de boa qualidade					
Muito Bom/Bom	87,0	82,9	75,1	75,9	80,8
Ruim/Muito Ruim	13,0	17,1	24,9	24,1	19,2
Policiamento					
Muito Bom/Bom	47,4	63,1	60,2	65,9	59,0
Ruim/Muito Ruim	52,6	36,9	39,8	34,1	41,0
Trânsito					
Muito Bom/Bom	53,6	72,7	71,2	70,0	67,8
Ruim/Muito Ruim	46,4	27,3	28,8	30,0	32,2
Qualidade do ar					
Muito Bom/Bom	66,3	68,4	71,5	67,4	68,9
Ruim/Muito Ruim	33,7	31,6	28,5	32,6	31,1

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informação faltante de, no máximo, 219 para a variável “locais públicos de esporte e lazer”).

Desordem física e social

Marcadores de desordem física e social impactam a percepção dos indivíduos sobre o entorno físico e social do local de moradia. A desordem social refere-se a comportamentos, geralmente de estranhos e considerados de risco, como uso de drogas em locais públicos, prostituição e brigas/disputas de grupos rivais. Já a desordem física está relacionada à deterioração da paisagem urbana, por exemplo, pichação em prédios, carros abandonados, construções malconservadas ou degradadas e lixo nas ruas.¹⁰ Os autores da teoria das “Janelas Quebradas”, Wilson e Kelling (1982), argumentam que as incivildades públicas, mesmo que relativamente pouco

importantes, como janelas quebradas, uso de bebida alcoólica nas ruas e pichação, atraem indivíduos que, a partir desses sinais, assumem que os moradores do bairro são indiferentes ao que acontece em sua vizinhança.¹¹ Nesse estudo, a desagregação social foi avaliada pelas questões a seguir.

Na Tabela 4.5 é possível observar características de desordem física e social. Prédios ou galpões abandonados na vizinhança foram mais frequentes em locais de baixa vulnerabilidade (27,1%), seguida de locais de vulnerabilidade elevada (15,6%). A presença de lixo ou entulho nas ruas foi semelhante em locais de vulnerabilidade baixa e média (28,0% e 28,1%, respectivamente) e significativamente maior nos locais de vulnerabilidade elevada e muito elevada (40,3% e 48,0%, respectivamente).

Tabela 4.5
Características de desordem física e social na vizinhança segundo a percepção dos adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Prédios, casas ou galpões abandonados	27,1	12,8	15,6	14,2	17,1
Lixo ou entulho nas ruas e passeios públicos	28,0	28,1	40,3	48,0	33,4
Lotes vagos cheios de lixo e entulho ou com mato alto	29,8	33,4	42,0	56,0	37,0
Locais com muito ruído	36,8	39,0	46,5	55,9	42,1
Pessoas andando armadas	16,0	29,2	45,6	52,7	33,6
Barulhos de tiros na vizinhança	31,4	59,5	69,2	69,2	56,9

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informação faltante de, no máximo, 390 para a variável “pessoas andando armadas”).

Sob a mesma perspectiva, lotes vagos malcuidados foram mais frequentes em locais de maior vulnerabilidade, chegando a ser 88,0% mais prevalente nas áreas de muito elevada vulnerabilidade que nas de baixa. Assim como no item anterior, a frequência de locais na vizinhança onde se costuma ouvir barulho proveniente de música alta, discussão ou festas, de indivíduos andando armados e de barulhos de tiros cresceu de acordo com o aumento da vulnerabilidade à saúde.

Em áreas de vulnerabilidade muito elevada, 69,2% dos respondentes já escutaram barulho de tiro na vizinhança, o que, embora menos frequente, foi também expressivo nos locais de baixa vulnerabilidade (31,4%).

DESORDEM FÍSICA E SOCIAL

Em sua vizinhança existem:

- Prédios, casas ou galpões abandonados?
- Lixo ou entulho em ruas e passeios públicos?
- Lotes vagos cheios de lixo e entulho ou com mato alto?
- Pessoas ou locais na vizinhança que estão acostumados a ouvir música alta, discutir alto ou dar festas até tarde da noite?
- Pessoas que andam armadas (sem ser policiais)?
- Barulho de tiros?

Autopercepção da vizinhança

Quando perguntados sobre a extensão territorial de sua vizinhança, 57,8% dos entrevistados responderam que ela vai até o final do quarteirão. É interessante notar que não houve variação entre os estratos de vulnerabilidade à saúde.

No que tange à autopercepção da vizinhança, 69,1% consideraram sua vizinhança agradável para crianças, e 61,6% a consideraram agradável para jovens (Tabela 4.6). É importante destacar que há uma tendência à pior avaliação de acordo com o aumento da vulnerabilidade à saúde, especialmente em relação ao fato de ser agradável para jovens.

Grande proporção da população estudada relatou sentir-se segura para andar de dia em sua vizinhança (84,5%), porém, em relação à segurança para andar à noite, esse percentual foi bem menor (68,0%), não havendo grandes variações entre os grupos (Tabela 4.6).

Tabela 4.6
 Autopercepção da vizinhança em adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%),
 Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Extensão da vizinhança					
Até o final do quarteirão	57,6	57,2	58,8	56,8	57,8
Até os 10 quarteirões mais próximos	30,3	30,1	31,2	33,0	30,7
Além dos 10 quarteirões mais próximos	12,1	12,7	10,0	10,2	11,5
Autopercepção da vizinhança					
Lugar agradável para crianças	71,7	71,8	65,0	64,7	69,1
Lugar agradável para jovens	71,4	61,7	55,3	59,7	61,6
Seguro para andar de dia	81,8	86,9	82,5	88,2	84,5
Seguro para andar de noite	67,5	66,4	70,0	69,2	68,0

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informação faltante de, no máximo, 68 para a variável "lugar agradável para jovens").

Participação social

A participação dos entrevistados em grupos sociais foi, de forma geral, pouco frequente. Existe diferença marcante em relação a grupos religiosos ou espirituais, no qual a participação geral foi de 22,8%, variando de 16,9%, em locais de baixa vulnerabilidade, a 28,7%, nos de muito elevada vulnerabilidade à saúde. Quanto à doação de sangue de, pelo menos, uma vez na vida, a porcentagem geral foi de 31,3%, sendo que a frequência diminuiu à medida que a vulnerabilidade aumentou, variando de 24,2% (muito elevada) a 38,2% (baixa), como indica a Tabela 4.7.

Tabela 4.7
Participação social em adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Grupos religiosos ou espirituais	16,9	24,3	24,1	28,7	22,8
Sindicatos	9,9	4,4	3,7	3,1	5,4
Trabalhos em creches, escolas, hospitais, asilos	5,8	3,9	3,9	1,9	4,2
Organizações relacionadas à educação	3,5	2,4	2,4	2,3	2,6
Grupos de terceira idade	0,5	0,7	0,5	0,1	1,7
Associação de moradores	1,7	1,2	1,4	3,4	1,5
Grupos sociais informais	2,4	1,1	1,2	1,1	1,4
Movimentos ou grupos políticos	2,0	0,9	1,4	0,9	1,3
Conselhos	0,7	1,0	1,2	0,7	1,0
Doação de sangue na vida	38,2	32,1	27,4	24,2	31,3

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, duas para as variáveis “sindicatos”, “grupos religiosos ou espirituais”, “grupos sociais informais”, “trabalhos em creches, escolas, hospitais, asilos”.

Marcadores de capital social

O termo capital social tem sido definido como as características de organização da sociedade – redes sociais, altos níveis de confiança interpessoal e normas de reciprocidade –, que funcionam como recursos para os indivíduos e facilitam sua ação, ou aumentam a eficácia coletiva.¹³

Essa eficácia coletiva é composta por dois processos: a coesão social (senso de conexão com outras pessoas) e o controle social informal (vontade de intervir nos problemas da comunidade). Estudos têm encontrado associação entre capital social e eventos relacionados à saúde.¹⁴

Na Tabela 4.8 é possível perceber uma relação direta entre os marcadores de coesão social e estratos de maior IVS. De forma geral, 11,4% dos entrevistados disseram reconhecer praticamente todas as pessoas que passam em frente a sua casa, sendo que esse relato é quatro vezes mais frequente entre residentes de áreas de vulnerabilidade muito elevada que entre os de áreas de baixa vulnerabilidade. Por outro lado, a frequência de pessoas que disseram não reconhecer ninguém que passa em frente a sua casa nas

áreas de baixa vulnerabilidade foi mais de seis vezes a frequência dessa resposta entre os moradores de áreas de vulnerabilidade muito elevada.

Tabela 4.8
Marcadores de capital social (proporção) em adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Parentes/amigos morando na mesma vizinhança					
Nenhum	24,0	16,7	13,8	10,5	16,9
Alguns	60,8	57,9	57,1	54,9	58,1
A maioria	12,5	19,4	22,6	26,5	19,4
Todos	2,7	6,0	6,5	8,1	5,6
Ao observar pessoas que passam em frente sua casa, diria que					
Reconhece praticamente todas	5,1	10,5	14,4	21,1	11,4
Reconhece uma grande parte	39,6	53,8	49,7	55,7	49,5
Reconhece apenas um ou outro	47,8	33,1	33,7	22,0	35,7
Não reconhece ninguém	7,5	2,6	2,2	1,2	3,4
Se pudesse escolher					
Gostaria de continuar morando na vizinhança	76,3	71,3	63,1	64,1	69,2
Mudaria para outro local de Belo Horizonte	11,5	17,2	22,3	22,9	18,0
Mudaria para outra cidade	12,2	11,5	14,6	13,0	12,8
Motivo para mudar da vizinhança**					
Violência	54,1	57,9	62,1	56,3	58,8
Ficar próximo a áreas com maior opção de lazer	50,6	58,2	53,1	52,1	54,5
Acesso a serviços (escola, hospital, comércio)	24,3	28,4	36,5	29,7	31,0
Ficar próximo a familiares e amigos	27,5	25,6	34,1	30,6	29,6
Ficar próximo do local de trabalho	17,0	25,9	24,8	23,1	23,8

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 69 para a variável “ficar próximo do local de trabalho”)

** Informações referentes à amostra que respondeu que “mudaria para outro local de Belo Horizonte” ou “mudaria para outra cidade” para a questão “se pudesse escolher” (n = 1.242)

A porcentagem de pessoas que gostariam de continuar morando na vizinhança foi aproximadamente 69,2%, sendo mais elevada entre os moradores de áreas menos vulneráveis. Entre os 30,8% que responderam que gostariam de mudar de vizinhança ou de Belo Horizonte, 58,8% afirmaram que um dos motivos seria a violência. Vale ressaltar que essa resposta foi mais frequente entre os moradores de vizinhanças de vulnerabilidade elevada (62,1%). O segundo motivo mais frequente foi a procura por áreas com mais opções de lazer, com índices de 50,6%, 58,2%, 53,1% e 52,1%, nas áreas de vulnerabilidade baixa, média, elevada e muito elevada, respectivamente (Tabela 4.8).

Percepção da violência

Belo Horizonte foi percebida como uma cidade muito violenta por 36,5% dos entrevistados, principalmente por aqueles que vivem nos estratos de maior vulnerabilidade. O fato de verem ou ouvirem falar de criminosos na vizinhança seguiu a mesma tendência – 44,6%, 54,7%, 56,6% e 58,0%, respectivamente, nas áreas de vulnerabilidade baixa, média, elevada e muito elevada. Já a ocorrência de assalto seguiu uma tendência inversa, quanto menor a vulnerabilidade em saúde, maior a frequência de pessoas que já viram ou ouviram falar desse delito. Por fim, a proporção de residentes que viram ou ouviram falar de violência doméstica variou de 19,1%, nos locais de baixa vulnerabilidade a 31,9%, nos locais de vulnerabilidade muito elevada, apresentando um caráter crescente entre os estratos (Tabela 4.9).

No que se refere a sofrer tentativa ou ser vítima de violência, as respostas mais frequentes foram furto (37,4%) e roubo (28,9%), com frequência crescente em direção a áreas de menor vulnerabilidade (Tabela 4.10).

Tabela 4.9
Características de violência e incivildade relatada por adultos (n = 4.048),
de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Belo Horizonte é					
Muito violenta	27,1	38,6	39,0	41,4	36,5
Violenta	54,2	43,1	44,1	39,3	45,6
Pouco violenta	18,4	17,8	15,9	18,9	17,4
Nada violenta	0,3	0,5	1,0	0,4	0,5
Viu ou ouviu falar na vizinhança					
Insulto a outras pessoas	50,0	56,1	55,3	60,4	54,8
Criminosos circulando	44,6	54,7	56,6	58,0	53,4
Assalto	67,7	56,4	41,2	29,5	52,0
Morte por arma de fogo	29,2	53,3	64,1	60,0	52,0
Vandalismo	53,4	50,1	46,0	41,3	48,9
Briga com armas	20,4	34,9	40,0	45,6	34,1
Violência doméstica	19,1	23,3	30,0	31,9	25,2
Violência sexual	6,9	13,5	14,0	9,3	11,9

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes

Tabela 4.10
Ocorrência de violência contra adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Sofreu tentativa ou foi vítima de					
Furto	44,6	39,8	32,0	26,4	37,4
Roubo	41,3	28,6	24,3	14,2	28,9
Invasão da residência	25,9	20,3	16,1	15,5	19,8
Agressão física	10,2	9,8	11,4	12,2	10,6
Tentativa de homicídio	3,3	2,2	3,2	4,3	2,9
Agressão sexual	1,2	0,9	1,4	2,9	1,3

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, duas para a variável "furto")

Percepção da comercialização e uso de drogas na vizinhança

O fato de ter visto ou ouvido falar de venda de droga na vizinhança foi relatado por 54,6% dos respondentes. Além disso, 70,2% dos respondentes afirmaram ter visto ou ouvido falar de consumo de drogas em locais públicos na vizinhança. Tanto o relato de consumo quanto o de venda de drogas se tornaram mais frequentes à medida que a vulnerabilidade à saúde aumentou (Tabela 4.11).

Tabela 4.11
Relato de comercialização e consumo de drogas na vizinhança (n = 4.048), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

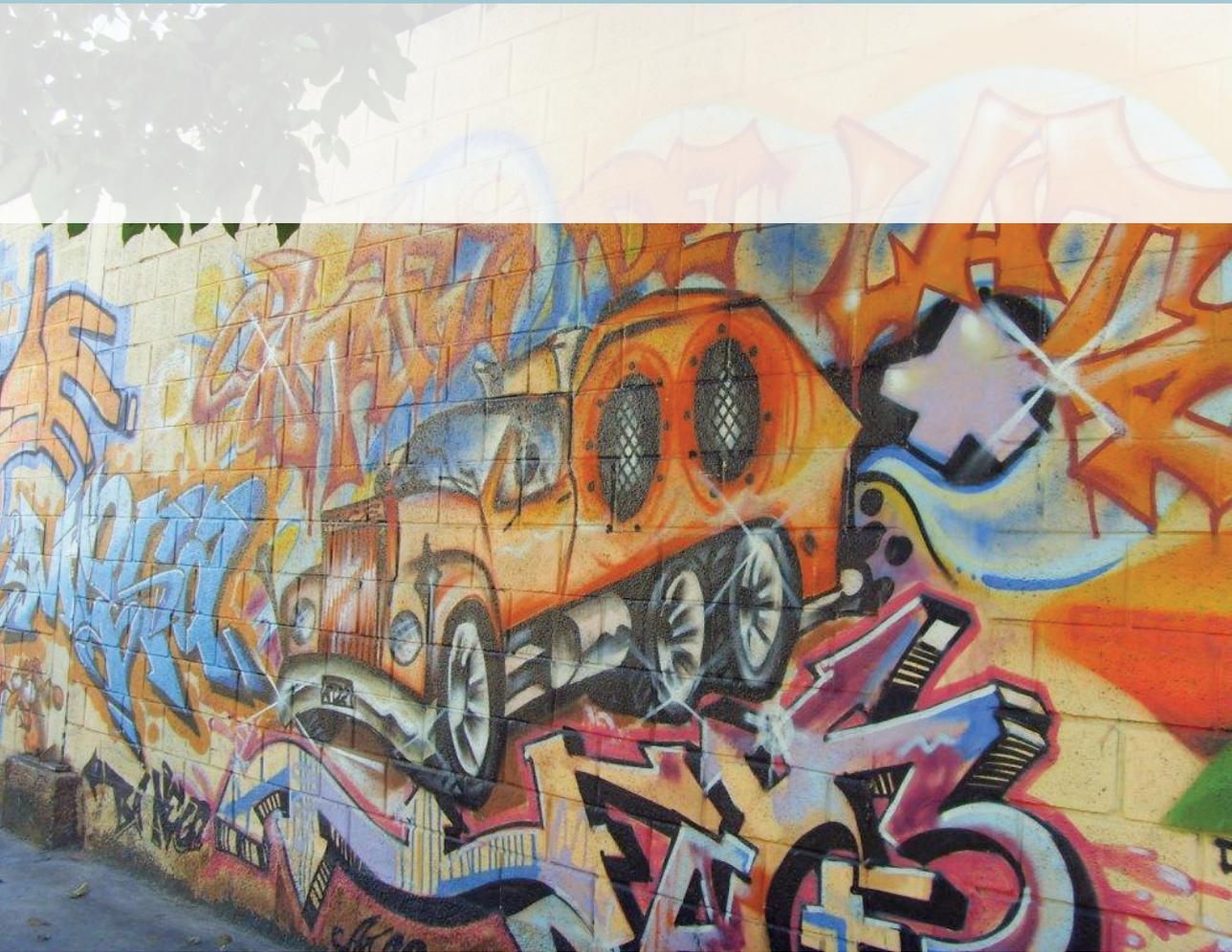
Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Viu ou ouviu falar na vizinhança					
Venda de droga	36,9	55,5	61,9	69,9	54,6
Consumo de droga em local público	61,5	71,9	72	79,2	70,2

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 214 para a variável "venda de droga")

Referências

1. United Nations Department of Economic Social Affairs/Population Division. World Urbanization Prospects: The 2007 revision. New York, 2008.
2. UN Habitat. The Challenge of Slums – Global Report on Human Settlements 2003. London: Earthscan; 2003.
3. Brito F, Souza J. Expansão urbana nas grandes metrópoles: o significado das migrações intrametropolitanas e da mobilidade pendular na reprodução da pobreza. São Paulo em Perspectiva, 2005, 19(4): 48-63.
4. Vlahov D, Galea S, Freudenberg N. Toward an Urban Health Advantage. J Public Health Manag Pract, 2005, 11(3): 256-8.
5. Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring Socioeconomic Position in Health Research. British Medical Bulletin, 2007, 81/82: 21-37.

6. Galea S, Freudenberg N, Vlahov D. Cities and Population Health. *Social Science & Medicine*, 2005, 60: 1017-33.
7. Florindo AA, Salvador EP, Reis RS, Guimarães VV. Perception of the Environment and Practice of Physical Activity by Adults in a Low Socioeconomic Area. *Rev Saude Publica*, 2011, 45(2): 302-10.
8. Diez-Roux A. Residential Environments and Cardiovascular Risk. *Journal of Urban Health*, 2003, 80(4): 569-89.
9. Leventhal T, Brooks-Gunn J. Moving to Opportunity: an Experimental Study of Neighbourhood Effects on Mental Health. *American Journal of Public Health*, 2003(93): 1576-82.
10. Sampson RJ. Systematic Social Observation of Public Spaces: A New Look at Disorder in Urban Neighborhoods. *AJS*, 1999, 105(3): 603-51.
11. Wilson JQ, Kelling G. The Police and Neighborhood Safety: Broken Windows. *Atlantic*, 1982, 127: 29-38.
12. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, Galea S. Urban as a Determinant of Health. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(1): 16-26.
13. Sapag JC, Kawachi I. Social Capital and Health in Latin America: Ecological and Individual Level Analysis. *World Medical & Health Policy*, 2010, 2(1): 285-99.
14. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. *Social Capital and Health*. New York: Springer, 2008.





5

O viver urbano do adolescente

Adriana Lúcia Meirelles | Marcela Guimarães Côrtes
Michelle Ralil da Costa | Waleska Teixeira Caiaffa
César Coelho Xavier

O Ministério da Saúde (2010), que segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), define a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade.¹ Marcada por rápidas mudanças, a adolescência é considerada uma categoria sociocultural que envolve dimensões biopsicológicas e sociais.² O adolescente passa por um processo de descobrir como viver a vida, os modos de ser e estar com os outros, até a construção do futuro.³ Essa fase caracteriza-se pelo início da influência dos pares e amigos, escola e sociedade e uma independência crescente dos familiares.⁴

É na adolescência que padrões comportamentais e estilos de vida são formados, influenciando a utilização de serviços de saúde e a taxa de morbidade na vida adulta.⁵ Apesar de esse período ser crucial no desenvolvimento humano, estudos sobre o bem-estar dos adolescentes, considerando um construto multidimensional e complexo, são limitados.⁶

Em 2007, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicou o relatório *Child poverty in perspective: An overview of child*

well-being in rich countries, que apresenta uma visão global do bem-estar das crianças nas economias mais avançadas do mundo, constituindo a primeira avaliação com metodologia multidimensional abrangente sobre o tema. O documento baseia-se em informações provenientes de inquéritos realizados em 21 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e avalia o bem-estar da criança por meio de seis dimensões: bem-estar material; saúde e segurança; educação; relacionamento com a família e pares; comportamentos e riscos; e bem-estar subjetivo (Figura 5.1). Embora algumas questões não tenham sido abordadas, como violência familiar e trabalho infantil, o relatório representa um significativo avanço na compreensão, monitoramento e eficácia das políticas para o bem-estar geral das crianças.⁷

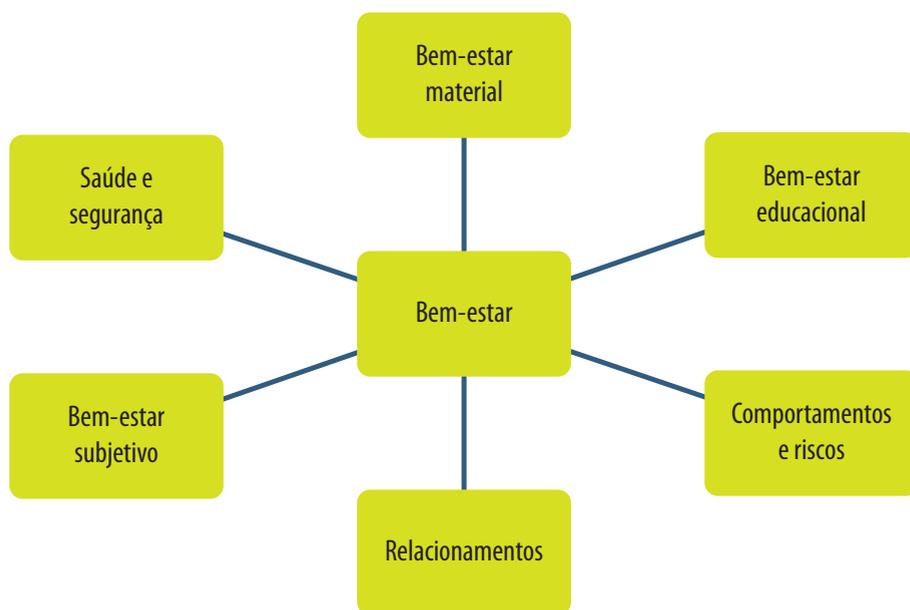


Figura 5.1 – Diagrama do bem-estar, baseado no modelo teórico proposto pelo Unicef, 2007

Diante desse contexto, o Estudo Saúde em Beagá contemplou aspectos relacionados ao bem-estar dos adolescentes brasileiros, incluindo perfil sociodemográfico dos adolescentes, seus hábitos e comportamentos, contexto familiar e social e seu bem-estar subjetivo. Os dados obtidos serão apresentados a seguir.

Perfil sociodemográfico dos adolescentes

Dos 1.042 adolescentes entrevistados, 52,8% eram meninos e 47,2%, meninas. Com relação à idade, 41,9% tinham de 11 a 13 anos e 58,1% tinham de 14 a 17 anos. Quanto à vulnerabilidade à saúde, 10,6% dos respondentes residiam em áreas de baixa; 38,6% de média; 40,6% de elevada; e 10,2% em áreas de muito elevada vulnerabilidade.

A falta de recursos culturais e educacionais no domicílio desempenha um papel crítico para a realização educacional de crianças e adolescentes.⁷ No Estudo Saúde em Beagá, 57,1% dos adolescentes afirmaram haver em seu domicílio menos de seis itens educacionais e culturais. Nas áreas de maior vulnerabilidade à saúde, há maior proporção de adolescentes que relataram menos de seis itens educacionais no domicílio (Tabela 5.1).

Tabela 5.1
Distribuição das características sociodemográficas dos adolescentes de 11 a 17 anos (n = 1.042), de acordo com o IVS (%), Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Sexo					
Feminino	47,2	45,7	48,1	49,4	47,2
Masculino	52,8	54,6	51,9	50,6	52,8
Faixa etária					
11 a 13 anos	39,6	38,6	45,6	41,6	41,9
14 a 17 anos	60,4	61,4	54,4	58,4	58,1
Itens educacionais e culturais do domicílio					
Menos de seis itens	8,9	34,7	56,3	56,9	42,9
Seis ou mais itens	91,1	65,3	43,7	43,1	57,1
Tipo de escola					
Pública	40,7	83,6	87,6	92,5	81,5
Particular	58,0	13,0	5,7	3,3	13,9
Não estuda	1,3	3,3	6,7	4,2	4,6

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 27 para a variável "itens educacionais e culturais no domicílio")

ITENS EDUCACIONAIS E CULTURAIS NO DOMICÍLIO⁷ Quais destes itens existem em sua casa?

- Dicionário;
- Calculadora;
- Livro de estudos para a escola;
- Mesa ou escrivaninha para estudar;
- Computador para fazer os trabalhos escolares;
- Internet;
- Programa de computador educacional;
- Lugar tranquilo e calmo para estudar.

TEMPO DE ATIVIDADE FÍSICA ACUMULADA⁸

O tempo de atividade física acumulada foi quantificado pela somatória dos tempos gastos com exercícios nos sete dias anteriores à pesquisa, como o deslocamento para a escola a pé ou de bicicleta, aulas de educação física na instituição de ensino e outras atividades extraescolares.

Tempo gasto com atividade física nos sete dias anteriores à pesquisa	Classificação
0 minuto	Inativo
1 a 299 minutos	Insuficientemente ativo
300 ou mais minutos	Ativo

Hábitos e comportamentos

Foram avaliados os seguintes indicadores de hábitos e comportamentos em saúde: consumo de frutas, café da manhã, prática de atividade física, horas diárias assistindo à televisão e jogando videogame.

Comportamentos em saúde

Alimentação

Os hábitos alimentares na infância e adolescência são indicadores de bem-estar, tanto presente como futuro.⁷ Com base nessa premissa, como marcadores de uma alimentação saudável, foram utilizadas duas

Tabela 5.2
Distribuição dos hábitos e comportamentos em saúde dos adolescentes de 11 a 17 anos (n = 1.042), de acordo com o IVS (%), Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Consome fruta					
>5x/semana	42,1	37,2	31,9	30,3	34,8
<5x/semana	57,9	62,8	68,1	69,7	65,2
Realiza desjejum					
Às vezes ou sempre	84,5	89,1	89,3	86,9	88,5
Raramente ou nunca	15,5	10,9	10,7	13,1	11,5
Atividade física					
Ativo	48,1	48,4	54,2	57,9	51,7
Insuficientemente ativo	37,1	43,5	38,4	33,2	39,7
Inativo	14,8	8,1	7,4	8,9	8,6
Assiste à televisão					
1 hora ou menos por dia	16,5	24,5	32,1	21,9	26,4
2 horas por dia	23,0	14,5	13,9	20,8	15,7
3 horas ou mais por dia	60,5	61,1	54,0	57,3	57,8
Joga videogame ou fica no computador					
1 hora ou menos por dia	26,4	52,4	61,9	51,7	53,5
2 horas por dia	18,9	14,9	12,3	17,8	14,6
3 horas ou mais por dia	54,7	32,7	25,8	30,5	31,9

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 15 para a variável "assiste à televisão")

perguntas adotadas pelo UNICEF: “Com que frequência você toma café da manhã ou faz algum lanche quando acorda?” e “Com que frequência você come fruta?”. Uma proporção de 88,5% dos adolescentes relatou

realizar o desjejum (café da manhã). Apenas 34,8% dos respondentes afirmaram consumir frutas cinco dias ou mais por semana, não diferindo quanto aos estratos de vulnerabilidade à saúde (Tabela 5.2).

Atividade física

O módulo de avaliação da prática de atividade física foi baseado no instrumento da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar⁸ (PeNSE) e investigou o tempo de atividade física acumulada nos sete dias anteriores à entrevista, considerando também a frequência dos exercícios realizados.

A prevalência de adolescentes suficientemente ativos foi de 51,7%. É preocupante o fato de 39,7% dos entrevistados serem insuficientemente ativos e 8,6%, inativos. A proporção de adolescentes inativos foi maior nas áreas de baixa vulnerabilidade à saúde (Tabela 5.2).

Comportamento sedentário

Neste estudo, 73,5% dos adolescentes relataram assistir à TV duas horas ou mais por dia, e 46,5% afirmaram ficar no computador e/ou videogame por duas horas ou mais por dia (Tabela 5.2). Segundo recomendações da OMS, diariamente, as crianças não devem ficar mais que uma ou duas horas em frente à TV e ao videogame.¹

Comportamentos de risco (14 a 17 anos)

No Estudo Saúde em Beagá, indicadores de comportamentos de risco à saúde – tais como comportamentos sexuais de risco (sexo desprotegido, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência), consumo de tabaco, álcool, drogas ilícitas e violência – foram investigados em uma amostra de 603 adolescentes de 14 a 17 anos incompletos.

Comportamento sexual

No contexto da saúde pública, aspectos relacionados à sexualidade ganham relevância entre os adolescentes, ressaltando-se a gravidez na adolescência e o risco de infecções sexualmente transmissíveis.⁹ As perguntas sobre comportamento sexual inseridas no questionário do Saúde em Beagá

contemplaram a idade da iniciação, uso de métodos contraceptivos, cuidado ginecológico e gravidez.

Dos adolescentes estudados, 27,5% já haviam iniciado sua vida sexual (Tabela 5.3). Desses, quase a metade (48,5%) relatou iniciação sexual antes dos 14 anos de idade. As maiores proporções de iniciação antes dos 14 anos de idade foram encontradas entre áreas de baixa (79,1 %) e média (63,3%) vulnerabilidade à saúde. Cerca de 80% afirmaram ter utilizado método contraceptivo na última relação sexual e apenas 43,4 % desses disseram que o método escolhido foi o preservativo (Tabela 5.3).

Tabela 5.3
Distribuição dos comportamentos sexuais dos adolescentes de 14 a 17 anos (n = 603), de acordo com o IVS (%), Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Iniciação sexual**	18,3	22,7	35,2	29,2	27,5
Iniciação antes de 14 anos***	79,1	63,3	42,7	47,5	48,5
Método contraceptivo na última relação sexual****	88,5	94,3	68,8	79,5	80,0
Já engravidou alguém*****	0,0	0,0	5,7	0,0	2,8
Já ficou grávida*****	0,0	22,2	21,0	28,9	21,3
Já foi ao ginecologista	74,9	79,6	53,5	54,6	63,5

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, duas para a variável "iniciação sexual")

** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão

*** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão "iniciação sexual"

**** Informação referente à amostra de meninos que respondeu "sim" para a questão "Iniciação sexual"

***** Informação referente à amostra de meninas que respondeu "sim" para a questão iniciação sexual

Quando observado o sexo, o número de meninos que iniciaram sua vida sexual (34,3%) é superior ao de meninas (19,8%). Por outro lado, a prevalência de iniciação sexual antes dos 14 anos de idade foi maior entre as meninas (60,5% das garotas *versus* 46,9% dos garotos).

No que se refere à gestação na adolescência, 21,3% das entrevistadas que relataram ter iniciado sua vida sexual mencionaram ter engravidado, sendo que a maioria delas residia em áreas de muito elevada vulnerabilidade à saúde.

Para o cuidado ginecológico, mais da metade (63,5%) já se consultou com um médico ginecologista (Tabela 5.3).

Consumo de álcool

O uso precoce do álcool é um fator de exposição a problemas de saúde na idade adulta, além de contribuir com o aumento significativo do risco de que esse indivíduo se torne um consumidor excessivo ao longo da vida.¹⁰ Estudos mostram que mesmo o baixo consumo está relacionado a maior risco de acidentes, uso de drogas ilícitas e comportamentos de risco, incluindo sexo desprotegido, sem o uso de preservativo.¹¹

Tabela 5.4
Distribuição do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas entre adolescentes de 14 a 17 anos (n=603), de acordo com o IVS (%), Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Álcool*					
Já tomou bebida alcoólica	73,6	53,5	54,3	63,6	57,1
Bebe atualmente	26,6	11,5	7,4	13,7	11,9
Episódio de embriaguez (pelo menos um)**	32,5	15,0	19,0	20,8	19,0
Tabaco*					
Já fumou cigarros	22,0	11,7	18,1	9,8	15,0
Fuma atualmente	5,3	4,0	2,7	1,3	3,4
Pelo menos um dos pais/responsáveis fuma	19,5	24,6	27	36,8	26,2
Ambos os pais/responsáveis fumam	7,9	11,6	9,5	1,2	9,3
Drogas ilícitas*					
Consumo de drogas	2,2	5,0	8,2	3,8	6,9
Consumo de maconha***	65,0	73,9	68,6	100	71,2

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, cinco para a variável "consumo de drogas")

** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão "bebe atualmente"

*** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão "drogas ilícitas"

Quanto ao consumo de álcool, foram investigadas questões sobre a ingestão de bebida alcoólica alguma vez na vida, consumo atual e episódios de embriaguez. Uma vez que o questionário foi autopreenchido, o consumo atual de álcool foi avaliado através de autorreferência do adolescente, por meio da pergunta “Você toma bebida alcoólica atualmente?”.

Observou-se que mais da metade (57,1%) dos adolescentes relatou já ter consumido bebida alcoólica alguma vez na vida; 11,9% confirmaram o consumo atual, sendo mais frequente entre os meninos (12,8%) que entre as meninas (10,8%); e 19% relataram pelo menos um episódio de embriaguez na vida (Tabela 5.4). Todas as características observadas em relação ao consumo de álcool foram mais frequentes em adolescentes que residiam em áreas de mais baixa vulnerabilidade à saúde.

Consumo de tabaco

O tabaco tem sido considerado um dos mais significativos determinantes para o desencadeamento de doenças crônicas. Os problemas de saúde relacionados ao tabagismo têm relação direta com o tempo de exposição à substância (anos de fumo) e a frequência em que isso ocorre (número de cigarros fumados).¹² Para investigar o consumo de tabaco, foram utilizadas questões sobre consumo atual, experimentação e se os pais fumam.

Dos adolescentes participantes, 15% já experimentaram cigarro alguma vez na vida. Entre os que relataram o consumo atual (3,4%), 0,8% dos respondentes declararam que fumam diariamente – desses, 85% são meninos e 15% são meninas – e 2,6% fazem uso raramente, dos quais 48% são garotos e 52%, garotas (Tabela 5.4).

Todos responderam à pergunta sobre o consumo de cigarros pelos pais ou responsáveis – 26,2% afirmaram que pelo menos um dos pais ou responsáveis faz uso de cigarros e, 9,3%, que ambos os pais ou responsáveis fumam (Tabela 5.4).

Consumo de drogas ilícitas

O aumento da experimentação de drogas tem se tornado um grave problema em muitos países. Não diferentemente de outras pesquisas, o

inquérito Saúde em Beagá mostrou que a maconha está entre as substâncias mais consumidas pelos adolescentes (71,2%), seguida de cocaína ou crack (30,3%), cola ou loló (29,4%), LSD (7,0%), tranquilizantes (6,5%) e chá de cogumelo (2,0 %). Entre os meninos, o uso de drogas ilícitas é maior (8,4%) que entre as meninas (5,4%). Todos os adolescentes que consumiam drogas e residiam em áreas de muito elevada vulnerabilidade à saúde relataram uso de maconha (Tabela 5.4).

Violência

A violência é um importante problema de saúde pública, com índices crescentes no mundo e sérias consequências individuais e sociais, particularmente para os jovens, apontados como os que mais morrem e, ao mesmo tempo, como os que mais matam.^{13,14,15} Para investigar a violência, este estudo contou com questões sobre envolvimento em brigas e *bullying*. O termo *bullying* tem sido utilizado para designar uma prática perversa de humilhações sistemáticas de crianças e adolescentes, principalmente no ambiente escolar. Pode ser definido como atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupos, com o objetivo de intimidar ou agredir uma pessoa incapaz de se defender.

Entre os adolescentes entrevistados, 14,5% relataram ter se envolvido em brigas e se machucado no último ano. Desses, a maior proporção (29,2%) ocorreu entre residentes de áreas de muito elevado Índice de Vulnerabilidade à Saúde (Tabela 5.5). Sobre o local da briga, 13,7% relataram que o fato ocorreu no caminho – indo ou vindo – da escola, e a maioria (42,9%) relatou a ocorrência da briga na própria escola. Tais situações foram mais frequentes entre os adolescentes residentes em áreas de muito elevada vulnerabilidade (Tabela 5.5).

O tema *bullying* foi investigado no Saúde em Beagá por meio da pergunta: “Você já sofreu algum tipo de intimidação, ofensa, agressão ou perseguição com insistência em que você se sentiu humilhado(a) ou com medo?”. Em resposta ao questionamento, 26,2% dos adolescentes relataram ter sofrido algum tipo de intimidação ou agressão caracterizada como *bullying*; desses adolescentes, 28,0% são meninos e 24,2%, meninas (Tabela 5.5).

Tabela 5.5
Distribuição da violência e comportamentos no trânsito entre adolescentes de 14 a 17 anos (n = 603), de acordo com o IVS (%), Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Violência**					
Vitimização por <i>bullying</i>	32,4	26,2	25,3	22,8	26,2
Entrou em briga e ficou machucado (no último ano)	16,2	10,1	14,7	29,2	14,5
Local: indo ou vindo da escola***	26,5	16,1	0,7	27,0	13,7
Local: na escola***	31,5	38,5	42,5	56,6	42,9
Raramente ou nunca	15,5	10,9	10,7	13,1	11,5
Andou de carro no último mês**	92,0	86,7	83,8	79,8	85,5
Uso do cinto de segurança***					
Nenhuma vez	8,8	8,2	14,9	14,1	11,3
Raramente	5,2	9,8	10,8	12,2	9,8
Às vezes	14,6	19,1	18,7	16,9	18,2
A maioria das vezes	17,3	24,6	21,9	27,9	23,1
Sempre	54,1	38,3	33,8	28,9	37,6
Andou de motocicleta no último mês**	19,0	33,0	52,0	49,9	40,5
Uso do capacete***					
Nenhuma vez	0,0	4,6	7,9	14,6	7,3
Raramente	5,0	2,1	9,9	10,4	7,1
Às vezes	0,0	7,9	5,4	8,1	6,3
A maioria das vezes	0,0	14,5	9,0	16,4	11,3
Sempre	95,5	71,0	67,8	50,5	68,0
Dirigiu veículo nos últimos 30 dias**	4,1	9,4	13,2	7,1	10,0

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 12 para a variável "dirigiu veículo nos últimos 30 dias")

** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para as questões

*** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão anterior

Comportamento no trânsito

Sabe-se que acidentes e violência representam as causas mais importantes de morbimortalidade entre jovens e adolescentes. Na faixa de 10 a 14 anos de idade, os acidentes de transporte correspondem a 43,5% das mortes.¹⁶ Com relação ao trânsito, investigaram-se o uso do cinto de segurança e de capacetes e a direção de veículo motorizado por adolescentes.

Entre os entrevistados de 14 a 17 anos, a maioria (85,5%) relatou ter andado em veículo motorizado (excluindo transporte coletivo/ônibus/metrô) no último mês. Desses, 11,3% afirmaram nunca ter utilizado cinto de segurança, com maior proporção entre os residentes em áreas de muito elevado IVS (14,1%). Entre os que relataram ter usado cinto (40,5%), mais da metade (54,1%) residia em áreas de baixa vulnerabilidade (Tabela 5.5).

Dos que afirmaram ter andado de motocicleta no mês anterior à pesquisa (40,5%), grande parte (68,1%) relatou ter usado capacete todas às vezes. O pior cenário quanto a essa variável foi identificado entre os adolescentes que residem em áreas de muita elevada vulnerabilidade à saúde (Tabela 5.5). Ademais, chama atenção o fato de 10% dos adolescentes ter dirigido veículo nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Contexto familiar e social

As relações com a família e os amigos são muito importantes para o desenvolvimento emocional e psicológico de crianças e adolescentes.⁷ Nesse domínio, foram investigadas: estrutura familiar, brigas na família, refeições com os pais, tempo disponibilizado pelos pais em conversa com os filhos, interesse dos familiares pela vida escolar, relacionamento com os pais e com os amigos.

Contexto familiar

Observou-se que 63,3% dos adolescentes moravam com o pai e a mãe (família nuclear), 11,9% viviam com um dos pais e com madrasta ou padrasto (família recomposta) e 24,8% residiam com apenas um dos pais (família monoparental). Os adolescentes residentes em áreas de muito elevada vulnerabilidade à saúde apresentaram menor proporção de famílias

Tabela 5.6
Distribuição das características do contexto familiar e social dos adolescentes de 11 a 17 anos (n=1.042), de acordo com o IVS (%), Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Estrutura familiar					
Nuclear	64,9	62,3	60,7	75,2	63,3
Recomposta	8,8	9,9	15,0	10,5	11,9
Monoparental	26,3	27,7	24,3	14,3	24,8
Brigas na família					
Não existem brigas	19,5	31,4	34,8	28,3	31,2
Briga pouco	61,3	61,0	56,6	61,3	59,3
Briga muito	19,2	7,6	8,6	10,4	9,5
Come junto com os pais					
Menos de 2x/semana	15,5	14,6	20,7	14,9	17,2
2x/semana ou mais	84,5	85,4	79,3	85,1	82,8
Conversa com os pais					
Às vezes ou sempre	92,1	89,2	80,5	78,5	84,9
Raramente ou nunca	7,9	10,8	19,5	21,5	15,1
Relacionamento com os pais					
Bom	90,1	88,2	84,4	82,1	86,3
Ruim	9,9	11,8	15,6	17,9	13,7
Interesse pela vida escolar do adolescente					
Pai e/ou mãe	87,7	79,5	82,1	79,5	81,4
Outro familiar	7,5	11,3	12,3	14,1	11,6
Ninguém se interessa	4,8	9,2	5,6	6,5	7,0
Gosta da escola**					
	93,6	91,3	87,4	81,3	89,0
Considera os amigos "legais e prestativos"***					
	98,3	93,2	91,4	89,3	92,6
Sente-se inseguro de caminhar na vizinhança***					
	50,9	52,4	41,3	42,7	46,8

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 63 para a variável "interesse pela vida escolar do adolescente")

** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão

monoparentais e maior proporção de famílias nucleares quando comparados aos entrevistados das áreas de baixa, média e elevada vulnerabilidade à saúde (Tabela 5.6).

Dos adolescentes entrevistados, 31,2% informaram que não existem brigas em suas famílias, 59,3% afirmaram que há poucas brigas e 9,5% relataram que existem muitas brigas. Os residentes em áreas de baixa vulnerabilidade à saúde relataram com maior frequência a existência de brigas na família (Tabela 5.6).

O hábito de conversar ou realizar refeições com os pais são comportamentos que têm sido associados à redução de condutas de risco.⁷ Entre os adolescentes entrevistados, 82,8% relataram fazer refeições com os pais duas vezes ou mais por semana, 84,9% disseram que conversam com os pais frequentemente (às vezes ou sempre), sendo menor a proporção entre os adolescentes residentes em áreas de maior vulnerabilidade à saúde (Tabela 5.6).

O relacionamento com os pais, aferido pelo escore descrito a seguir, foi descrito como bom por 86,3% dos adolescentes (Tabela 5.6). Em relação ao local de moradia, observou-se que, quanto maior a vulnerabilidade à saúde, pior o relacionamento com os pais.

RELACIONAMENTO COM OS PAIS⁷

A questão era composta das seguintes afirmativas, nas quais o adolescente deveria marcar “sim” ou “não”:

- Meus pais ou quem me cria estão sempre ao meu lado quando preciso deles;
- Meus pais ou quem me cria me fazem sentir amado e cuidado;
- Posso falar para meus pais ou quem me cria qualquer problema que eu tenha;
- Meus pais ou quem me cria e eu brigamos muito;
- Meus pais ou quem me cria me dão a atenção que eu preciso;
- Meus pais ou quem me cria me fazem sentir mal sobre mim mesmo.

As respostas foram agrupadas em um escore denominado “relacionamento com os pais”, e os adolescentes foram classificados como tendo um relacionamento bom ou ruim com os pais.

Contexto social

Na adolescência, com o aumento da idade, as atitudes pessoais e as relações com os pares tornam-se gradualmente mais importantes, reduzindo assim o impacto da família e da escola.¹⁰ Neste estudo, 81,4% dos adolescentes afirmaram que o pai e/ou a mãe têm interesse por sua vida escolar. Destaca-se o fato de 7,0% afirmarem que nenhum familiar se interessa (Tabela 5.6).

Entre os adolescentes, 11,0% relataram não gostar da escola, sendo que esse percentual aumenta à medida que a vulnerabilidade à saúde do local de moradia é maior. Ao contrário, a maior proporção dos que consideraram os amigos legais e prestativos residia em locais de baixa vulnerabilidade à saúde. No total, apenas 7,4% dos respondentes afirmaram que não consideram os amigos legais e prestativos. Quase metade dos adolescentes (46,8%) se sente inseguro para caminhar na vizinhança, sendo que os entrevistados que residem em áreas de baixa vulnerabilidade à saúde se sentem inseguros com maior frequência (Tabela 5.6).

Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo de adolescentes foi avaliado em domínios que se referem à autoavaliação da saúde, satisfação com a vida, bem-estar psicológico e bem-estar pessoal.

Autoavaliação da saúde

A autoavaliação da saúde em adolescentes tem sido considerada uma medida ampla e abrangente para avaliar a saúde subjetiva nesse grupo etário.^{4,5} Dos respondentes, 49,0% e 39,9% dos adolescentes percebiam sua saúde como muito boa e boa, respectivamente, ao passo que 10,1% a classificavam como razoável e somente 1%, como ruim ou muito ruim (Figura 5.2).

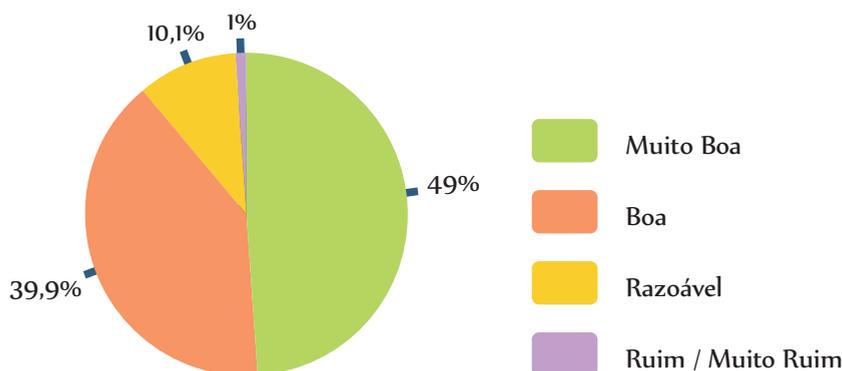


Figura 5.2 – Autoavaliação da saúde entre adolescentes de 11 a 17 anos, Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Satisfação com a vida

Em relação à satisfação com a vida, utilizou-se a Escala da Escada, desenvolvida por Cantril, em 1967 e também chamada de Escala de Satisfação com a Vida.¹¹ Embora ainda não tenha sido validada no Brasil, a escala tem sido utilizada pelo UNICEF.⁷

Para facilitar a compreensão dos resultados, optou-se por categorizar as respostas em nível positivo (degraus 6 a 10) e nível negativo de satisfação com a vida (degraus 1 a 5), conforme ilustração anterior. Dos adolescentes, 87,3% relataram nível positivo de satisfação com a vida, sem grandes diferenças entre as categorias de vulnerabilidade à saúde (Tabela 5.7).

Bem-estar psicológico

O bem-estar psicológico foi avaliado por meio da Escala de Faces, desenvolvida por Andrews em 1976. Embora ainda não tenha sido validada no Brasil, a escala apresenta um formato não verbal, sendo rapidamente assimilada por indivíduos com baixa escolaridade.¹¹ Foi utilizada em alguns estudos de base populacional no país com adolescentes.^{12,13}

Optou-se por categorizar as respostas em bem-estar psicológico (figuras 1 a 4) e mal-estar psicológico (figuras 5 a 7). Apenas 4,3% dos adolescentes entrevistados relataram mal-estar psicológico (Tabela 5.7).

Tabela 5.7

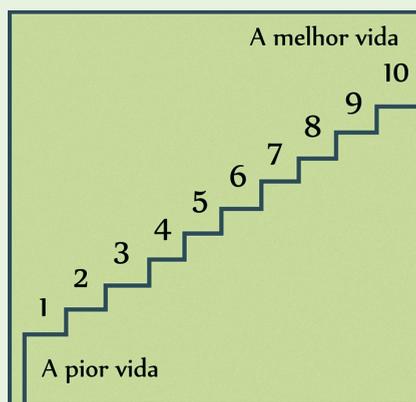
Distribuição das características do bem-estar subjetivo dos adolescentes de 11 a 17 anos (n = 1.042), de acordo com o IVS (%), Estudo Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Autoavaliação de saúde					
Muito boa/boa	88,8	89,1	89,6	84,7	88,8
Razoável/ruim/muito ruim	11,2	10,9	10,4	15,3	11,2
Satisfação com a vida atual					
Nível positivo	85,5	89,0	86,2	87,9	87,3
Nível negativo	14,6	11,0	13,9	12,1	12,7
Bem-estar psicológico					
Bem-estar psicológico	98,7	95,3	95,1	96,5	95,7
Mal-estar psicológico	1,3	4,7	4,9	3,5	4,3
Escore do bem-estar pessoal					
Ótimo	73,1	73,7	67,7	67,7	70,6
Médio	18,2	20,0	25,2	25,5	22,4
Ruim	8,8	6,3	7,1	6,8	7,0

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 34 para a variável “escore de bem-estar pessoal”)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (Cantril, 1967)¹¹

Consiste em uma escala ascendente de 1 a 10, representada esquematicamente por uma escada, na qual o menor valor representa a pior vida e o maior valor, a melhor vida. O adolescente deve escolher em qual degrau se encontra hoje, em qual degrau acha que vai estar no futuro e em qual gostaria de se encontrar no futuro.



ESCALA DE FACES (Andrews, 1976)¹¹

É um instrumento esquemático de uma face, que se refere ao estado de humor predominante nas últimas duas semanas anteriores à entrevista. O adolescente é orientado a assinalar a figura que mais se assemelha à maneira como ele se sente a respeito de sua vida. Quanto menor o valor declarado, maior o grau de bem-estar psicológico.



Bem-estar pessoal

O bem-estar pessoal, por sua vez, foi avaliado pela análise de três perguntas adotadas pelo UNICEF,⁷ para as quais os adolescentes deveriam responder sim ou não: “Em geral, você se sente deixado de lado ou excluído?”, “Você se sente desajeitado ou pouco confortável em situações como festas, reuniões e grupos?” e “Você se sente sozinho/solitário?”. O escore de bem-estar pessoal variou entre 0 e 3.

Dos adolescentes entrevistados, 70,6% apresentaram escore ótimo, com destaque nos grupos de IVS baixo e médio (Tabela 5.7).

ESCORE DE BEM-ESTAR PESSOAL		
Escore	Respostas obtidas	Bem-estar pessoal
0	Todas as respostas “não”	Bem-estar ótimo
1	Uma resposta “sim”	Bem-estar médio
2 ou 3	Duas ou três respostas “sim”	Bem-estar ruim

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acessado 2012 Maio 9]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_jovens_recuperacao_saude.pdf>. Acessado em: 09 maio 2012.
2. Peres F, Rosenburg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde Soc*, 1998, 7(1): 53-86.
3. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto & Contexto Enferm*, 2007, 16(2): 217-24.
4. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-Rated Health in Adolescence: a Multifactorial Composite. *Scand J Public Health*, 2008, 36: 12-20.
5. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of Adolescent Self-Rated Health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health*, 2002, 30: 193-7.
6. Pollard EL, Lee PD. Child Well-Being: A Systematic Review of the Literature. *Soc Indic Res*. 2003; 61(1): 59-78.
7. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries – Report Card n. 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007. Disponível em: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf>. Acessado em: 07 set. 2011.
8. Pense, 2009. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
9. Bastos FI, Cunha CB, Bertoni N. Uso de substâncias psicoativas e métodos anticoncepcionais pela população urbana brasileira, 2005, *Rev Saúde Pública*, 2008, 42 (1): 118-26.
10. Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*, 2009; 43(4): 647-55.
11. Bertoni N et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009, 25(6): 1350-1360.

12. CURRIE, C. et al. Inequalities in Young People's Health: HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: World Health Organization, 2008. 206 p.
13. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Introduction. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO; 2002.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. 18 maio 2001. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm>. Acessado em: 09 maio 2012.
15. Neto AA, Saavedra LH. Diga não para o bullying. Rio de Janeiro: ABRAPIA, 2004.
16. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde. Uma análise da situação de saúde: Perfil de mortalidade do brasileiro. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf. Acessado em: 10 nov. 2011.
17. Karademas EC, Peppas N, Fotiou A, Kokkevi A. Family, School and Health in Children and Adolescents: Findings from the 2006 HBSC Study in Greece. J Health Psychol, 2008, 13(8), 1012-20.
18. McDowell I, Newell C. Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York: Oxford University Press, 1996.
19. Silva RA, Horta BS, Pontes LM, Faria AD, Souza LDM, Cruzeiro ALS, et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2007, 23(5), 1113-1118.
20. Hallal PC, Dumith SC, Bertoldi AD, Scalco DL, Menezes AMB, Araújo CL. Well-Being in Adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. Cad. Saúde Pública, 2010, 26(10): 1887-1894.





6

O viver urbano do jovem ao idoso

Saúde

Aline Dayrell Ferreira Sales | Amanda Cristina Souza Andrade
Amélia Augusta de Lima Friche | Cynthia Graciane Carvalho Ramos
Elaine Leandro Machado | Janaina Lavalli Goston
Marcela Guimarães Côrtes | Mery Natali Silva Abreu
Waleska Teixeira Caiaffa

Autopercepção de saúde

Aproximadamente 70% dos respondentes do inquérito consideram sua saúde como boa ou muito boa. Vale ressaltar que essa porcentagem tende a diminuir com o aumento da vulnerabilidade, exceto pela categoria muito elevada. É possível observar também que, entre os residentes de áreas de maior vulnerabilidade, a proporção de indivíduos que consideraram sua saúde ruim é superior ao índice dos moradores de regiões menos vulneráveis (Tabela 6.1).

Tabela 6.1
Distribuição da autopercepção de saúde, de acordo com o IVS,
Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Auto-percepção da saúde					
Muito boa/Boa	78,1	69,7	63,2	66,6	69,2
Razoável	18,4	24,6	29,3	26,4	24,9
Ruim/Muito ruim	3,5	5,7	7,5	7,0	5,9

Morbidade

O crescente processo de urbanização, somado à rápida transição demográfica, observada especialmente nos países em desenvolvimento, tem acarretado importantes mudanças no modo de vida e nas condições de saúde e de adoecimento das populações.^{1,2} Observa-se, assim, uma mudança no padrão de morbidade: do predomínio das doenças infectocontagiosas passou-se à preponderância das doenças crônicas não transmissíveis e deslocamento da morbimortalidade para as faixas etárias mais avançadas.³

As enfermidades crônicas são definidas como afecções de saúde de longa duração e, geralmente, com lenta progressão, podendo apresentar momentos de piora ou melhora sensível.⁴ As doenças crônicas – como doenças cardíacas, derrame, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes – são a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% do total de óbitos. Dos 35 milhões de pessoas que morreram em decorrência de doenças crônicas, em 2005, metade faleceu com menos de 70 anos, sem diferença entre os sexos.⁴ O aumento das enfermidades crônicas gera, conseqüentemente, maior demanda por serviços de saúde, tornando-se necessário conhecer suas prevalências para subsidiar sua organização.^{2,3}

A morbidade autorreferida para doenças ou agravos específicos é uma das maneiras de se determinar a condição de saúde em inquéritos de base populacional. A utilização desse critério tem sido criticada por

alguns autores por ser fortemente influenciado pelo acesso aos serviços de saúde e por sua utilização, o que, de certa forma, poderia afetar os resultados encontrados.

Além disso, sabe-se que a mídia e a disseminação de informações sobre a saúde também podem influenciar as respostas dos indivíduos, contribuindo para superestimação das prevalências de algumas enfermidades, especialmente das chamadas “doenças da moda”, como é o caso, por exemplo, da hipercolesterolemia.³ Em contrapartida, vários estudos apontam para uma boa sensibilidade e especificidade das respostas relativas à morbidade autorreferida, principalmente para hipertensão e diabetes.⁵⁻⁹

No inquérito Saúde em Beagá, a presença de doenças crônicas foi investigada por meio da seguinte pergunta: “Alguma vez um médico ou outro profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem alguma dessas doenças crônicas listadas abaixo?” Foram incluídas no questionário as seguintes doenças: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, asma, artrite, reumatismo, osteoporose, doença renal crônica, depressão, enxaqueca, epilepsia, tuberculose, câncer, doença cardíaca, doença crônica pulmonar, doença digestiva crônica, doença mental, entre outras. A seguir, serão apresentados os resultados encontrados para as doenças crônicas mais prevalentes, estratificados por idade, sexo e pelo Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS).

Entre as doenças crônicas mencionadas, a hipertensão arterial foi a mais prevalente (26,0%), seguida por hipercolesterolemia (16,1%), enxaqueca (15,2%) e depressão (15,1%). Para a maioria das doenças crônicas, observou-se prevalência nas faixas etárias mais elevadas, com visível gradiente dose-resposta. Pessoas com 60 anos ou mais apresentaram prevalência para o câncer 30 vezes maior que os adultos jovens (18 a 24 anos). Comparando as mesmas faixas etárias, a prevalência de doença digestiva crônica foi duas vezes maior em idosos. As exceções para essa tendência foram evidenciadas para os casos de asma, cujas prevalências foram semelhantes nas três faixas etárias, e de enxaqueca e de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que apresentaram prevalência entre os adultos de 25 a 59 anos (Tabela 6.2).

Tabela 6.2
Prevalência de doenças crônicas, entre adultos (n = 4.048), de acordo com a idade (%),
Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Idade (anos)			TOTAL
	18 a 24	25 a 59	≥60	
Hipertensão arterial	5,2	21,9	66,6	26,0
Hipercolesterolemia	2,8	14,2	38,6	16,1
Diabetes ou hiperglicemia	0,8	4,6	20,3	6,3
Asma	4,6	5,1	5,1	5,0
Doença renal crônica	2,6	5,3	8,5	5,4
Depressão	6,0	16,5	18,7	15,1
Enxaqueca	12,8	17,3	8,6	15,2
Câncer	0,2	1,3	6,1	1,9
Doença cardíaca	0,8	3,4	19,3	5,4
Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,7	5,8	4,9	5,3
Doença digestiva crônica	8,6	11,9	18,3	12,3

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 27 para a variável "hipercolesterolemia")

Considerando o IVS, observou-se distribuição homogênea da maioria das doenças crônicas entre os quatro estratos, com exceção de hipercolesterolemia e câncer, para os quais as prevalências apresentaram decréscimo à medida que a vulnerabilidade à saúde aumentou. A prevalência de colesterol alto variou de 19,1%, nas áreas com IVS baixo, a 8,9%, nas com IVS muito elevado; para o câncer, variou de 3,7% a 0,3% para os mesmos estratos do IVS. Provavelmente, esse perfil está relacionado às melhores condições de acesso e utilização dos serviços de diagnóstico pela população menos vulnerável (Tabela 6.3).

Para todas as doenças crônicas estudadas, a prevalência foi maior no sexo feminino, especialmente depressão e enxaqueca, cujas proporções foram aproximadamente três vezes maiores que as do sexo masculino (Tabela 6.4). Todos os indivíduos que referiram ter doença crônica foram questionados sobre a utilização de medicamentos para essas doenças. A prevalência do consumo de remédio variou entre 31,0% para câncer e 76,6% para hipertensão arterial. As diferenças encontradas podem ser relacionadas não

só ao acesso e à adesão aos tratamentos, mas também são decorrentes das especificidades de cada doença estudada, incluindo o estágio de evolução. Corroborando essa afirmação, observou-se maior uso de medicação à medida que a idade aumentou, exceto para câncer, em que a maior proporção de uso se deu na faixa de 25 a 59 anos.

Tabela 6.3
Prevalência de doenças crônicas, entre adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%),
Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Hipertensão arterial	26,9	24,2	26,8	29,6	26,0
Hipercolesterolemia	19,1	18,0	13,3	8,9	16,1
Diabetes ou hiperglicemia	5,3	6,8	6,1	8,0	6,3
Asma	5,4	4,4	5,6	5,2	5,0
Doença renal crônica	4,0	5,2	6,4	6,0	5,4
Depressão	15,0	15,6	14,9	13,7	15,1
Enxaqueca	13,2	15,9	16,8	10,9	15,2
Câncer	3,7	1,6	1,4	0,3	1,9
Doença cardíaca	6,4	4,9	5,5	5,0	5,4
Doença digestiva crônica	10,6	12,5	13,9	9,8	12,3

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 27 para a variável "hipercolesterolemia")

De acordo com o IVS, a utilização de medicamentos apresentou distribuição homogênea, à exceção de depressão e enxaqueca, sendo possível observar que população residente em áreas de menor vulnerabilidade à saúde consumia mais remédios para essas doenças. A análise por sexo apontou maior consumo de medicamentos entre as mulheres para todas as enfermidades crônicas, exceto para doença renal crônica – 36,6% dos homens e 35,6% das mulheres. Segundo os entrevistados, esses remédios foram adquiridos por diferentes vias: aproximadamente 40,0% dos medicamentos foram obtidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS); 80,0%, comprados; e uma pequena parcela, adquirida via plano privado de saúde (1,4%) ou doações (2,4%).

Tabela 6.4
Prevalência de doenças crônicas, entre adultos (n = 4.048), de acordo com o sexo (%),
Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Sexo		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Hipertensão arterial	23,9	27,8	26,0
Hipercolesterolemia	14,2	17,7	16,1
Diabetes ou hiperglicemia	6,2	6,5	6,3
Asma	3,1	6,6	5,0
Doença renal crônica	4,9	5,8	5,4
Depressão	7,7	21,4	15,1
Enxaqueca	6,8	22,4	15,2
Câncer	1,5	2,2	1,9
Doença cardíaca	5,0	5,9	5,4
Doença pulmonar obstrutiva crônica	4,0	6,4	5,3
Doença digestiva crônica	8,4	15,7	12,3

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 27 para a variável “hipercolesterolemia”)

Uso de serviços de saúde

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde.¹⁰ Com a institucionalização do SUS pelas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, preconizou-se a garantia de acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A concretização do princípio de universalidade da cobertura e do atendimento é importante para promover a cidadania e o acesso de toda a população aos serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção ao usuário.¹¹

Essa publicação traz informações sobre o uso de serviços de saúde, realização de exames preventivos e de consulta odontológica e filiação a plano de saúde da população residente nas regionais Oeste e Barreiro, de Belo Horizonte. Esses dados podem gerar informações sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde na capital mineira, essenciais ao processo de

planejamento e acompanhamento do cumprimento dos princípios constitucionais de acesso integral e igualitário aos serviços de saúde.

Em relação à variável “Uso de serviços de saúde”, 21,3% dos adultos entrevistados afirmaram ter enfrentado problema de saúde nos 30 dias anteriores à pesquisa, sendo que a prevalência foi maior em locais de IVS médio. Desse grupo, 64,7% relataram limitação na execução de suas atividades habituais, e 80,2% procuraram ajuda para resolver essa dificuldade (Tabela 6.5).

Das pessoas que informaram ter procurado assistência médica para resolução do problema de saúde, 51,6% buscaram o serviço de saúde público, destes, 38,1% relataram que não foram atendidos devido à falta de profissionais (Tabela 6.5).

No que se refere ao uso de medicamentos, 29,5% das pessoas entrevistadas relataram uso de remédio por conta própria. Quanto à última consulta médica, 43,8% afirmaram que ela foi realizada há menos de três meses. Entre os entrevistados, 56,9% mediram pressão arterial com profissionais de saúde há menos de três meses (Tabela 6.5).

Para a questão relacionada à realização de exames preventivos, 83,5% das mulheres com mais de 40 anos afirmaram ter feito o papanicolau. Cerca de 83% das entrevistadas realizaram a palpação da mama. Esse indicador apresentou variação segundo o IVS local, abrangendo 91,7% das mulheres residentes em setores de baixo risco e apenas 71,5% delas nos setores de risco muito elevado. Em relação à mamografia, na amostra total, 90,5% das mulheres realizaram esse exame. Houve variação desse percentual de acordo com os estratos de IVS, oscilando de 96,0% a 78,3%. Dos homens com 45 anos ou mais, 68,7% relataram a realização do exame de próstata. Esse índice variou de 81,7%, nos setores de baixo risco, para apenas 49,5%, nos setores de risco muito elevado (Tabela 6.5).

No que se refere ao atendimento odontológico, 64,2% dos entrevistados responderam que se consultaram com um dentista mais de seis meses antes da pesquisa (Tabela 6.5). Cerca de 46,0% dos entrevistados relataram ter plano de saúde, sendo que esse percentual variou de 27,9%, nos setores de risco muito elevado, a 72,1%, em áreas de baixo risco (Tabela 6.5).

Tabela 6.5
Distribuição das características relacionadas à utilização de serviços de saúde,
estratificada pelo IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Uso de serviços de saúde					
Problema de saúde nos últimos 30 dias	19,7	22,2	21,5	20,4	21,3
Problema limitou atividades habituais	71,3	60,4	61,9	83,3	64,7
Procurou ajuda para resolver o problema	81,3	79,2	80,7	80,6	80,2
Não procurou atendimento porque não achou necessário	86,1	61,6	75,2	34,0	68,9
Procurou serviço de saúde público	14,0	50,5	70,4	80,9	51,6
Não foi atendido pelo serviço que procurou	5,7	7,7	3,5	1,6	5,0
Não foi atendido porque o serviço estava sem profissional	0,0	25,7	62,8	100,0	38,1
Tomou remédio por conta própria	20,6	31,5	33,3	25,7	29,5
Última consulta médica há menos de 3 meses	42,5	45,1	42,8	45,1	43,8
Mediu pressão arterial há menos de 3 meses	59,8	59,4	52,0	55,8	56,9
Realização de exames preventivos					
Papanicolau	88,6	83,7	80,7	78,4	83,5
Realizou papanicolau há mais de 1 ano	27,0	31,2	39,6	37,3	33,3
Palpação de mama	91,7	83,2	78,3	71,5	82,8
Realizou palpação de mama há mais de 1 ano	26,5	32,3	40,9	39,0	33,9
Mamografia	96,0	92,6	84,4	78,3	90,5
Realizou mamografia há mais de 1 ano	28,1	36,3	45,0	43,3	36,6
Exame de próstata	81,7	68,7	61,6	49,5	68,7
Realizou exame de próstata há mais de 1 ano	38,1	49,7	43,1	54,6	44,5
Última visita/consulta ao dentista					
Menos de 6 meses	47,1	35,1	32,4	21,0	35,8
Mais de 6 meses	52,9	64,9	67,6	79,0	64,2
Tem plano de saúde	72,1	46,0	33,2	27,9	46,3

Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo de adultos foi avaliado de forma semelhante à realizada com os adolescentes, conforme apresentado no Capítulo 5. Foram utilizadas questões referentes à qualidade de vida, satisfação com a saúde e com a vida e bem-estar psicológico, além do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) – questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos.

Satisfação com a saúde

A satisfação com a saúde foi avaliada pela pergunta “O quanto satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com sua saúde: muito insatisfeito, insatisfeito, nem insatisfeito nem satisfeito, satisfeito ou muito satisfeito?”. Entre os entrevistados, 71,3% relataram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde, com respostas semelhantes em todas as categorias de vulnerabilidade à saúde (Tabela 6.6).

Qualidade de vida

A qualidade de vida foi avaliada pela pergunta “Como o(a) senhor(a) avaliaria sua qualidade de vida?”, com as seguintes opções de resposta: muito boa, boa, nem ruim nem boa, ruim e muito ruim. Entre os respondentes, 76,8% relataram perceber sua saúde como boa ou muito boa, com maior recorrência entre aqueles que residiam em locais de baixa vulnerabilidade à saúde (82,3%). Houve redução gradativa desse percentual com o aumento do IVS (Tabela 6.6).

Satisfação com a vida

Assim como entre os adolescentes, a satisfação com a vida foi avaliada por meio da Escala da Escada.¹² Ao todo, 76,9% dos adultos relataram nível positivo de satisfação com a vida, sem muita variação nos diversos grupos de IVS, sugerindo que não há grandes diferenças entre as categorias de vulnerabilidade à saúde (Tabela 6.6).

Tabela 6.6
Proporção das características do bem-estar subjetivo dos adultos (n = 4.048),
de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Satisfação com a saúde					
Satisfeito ou muito satisfeito	72,3	71,8	69,6	72,7	71,3
Nem insatisfeito nem satisfeito	16,6	18,4	20,0	17,4	18,4
Insatisfeito ou muito insatisfeito	11,1	9,8	10,4	9,9	10,3
Qualidade de vida					
Boa ou muito boa	82,3	78,8	72,2	69,9	76,8
Nem boa nem ruim	14,5	17,3	22,9	27,6	19,2
Ruim ou muito ruim	3,2	3,9	4,9	2,5	4,0
Satisfação com a vida atual					
Nível positivo	79,6	77,5	74,2	76,9	76,9
Nível negativo	20,4	22,5	25,8	23,1	23,1
Bem-estar psicológico					
Bem-estar psicológico	93,2	88,5	87,5	88,7	89,2
Mal-estar psicológico	6,8	11,5	12,5	11,3	10,8
Escala SRQ-20 – Probabilidade de ter quadro psiquiátrico					
Maior probabilidade de não ter	81,4	72,6	68,4	70,7	73,0
Maior probabilidade de ter	18,6	27,4	31,6	29,3	27,0

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 77 para a variável “Escala SRQ-20 – Probabilidade de ter quadro psiquiátrico”)

Bem-estar psicológico

O bem-estar psicológico também foi analisado segundo o mesmo modelo de avaliação dos adolescentes, a partir da Escala de Faces.¹² Dos adultos entrevistados, 89,2% relataram bem-estar psicológico. As respostas positivas foram prevalentes (93,2%) em ambientes de baixa vulnerabilidade, conforme pode ser observado na Tabela 6.6.

Distúrbios psiquiátricos

O SRQ é um questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, desenvolvido por Harding et al. (1980)¹³ e validado, no Brasil, por Mari e Willians (1986).¹⁴ Ele é composto por 24 questões, subdivididas em duas seções: a primeira, com 20 perguntas elaboradas para detecção de distúrbios neuróticos; e a segunda, com quatro questões para detecção de distúrbios psicóticos.

Neste estudo, utilizaram-se apenas as questões de 1 a 20, uma vez que as perguntas indicativas de transtorno psicótico são pouco úteis no contexto de inquéritos populacionais e recomenda-se não usá-las. Para uma pessoa ser considerada com probabilidade de ter um quadro psiquiátrico, adotou-se como critério a pontuação de sete ou mais respostas afirmativas na subescala de sintomas neuróticos. Esse ponto de corte foi obtido anteriormente por meio da determinação da sensibilidade, da especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outras amostras.¹⁵

Segundo a escala, 73,0% dos adultos entrevistados apresentaram maior probabilidade de não ter quadro psiquiátrico, com maior proporção entre indivíduos que vivem em áreas de baixa vulnerabilidade à saúde (81,4%), quando comparados aos demais grupos (Tabela 6.6).

A comparação entre os sexos apontou que houve índices mais elevados de bem-estar psicológico entre os entrevistados (92,2%) que entre as entrevistadas (86,6%) (Tabela 6.7). Conforme a escala SRQ-20, a proporção de pessoas com maior probabilidade de ter quadro psiquiátrico é muito superior no sexo feminino (37,2%), em comparação com o sexo masculino (14,9%). Por outro lado, em relação à qualidade de vida e à satisfação com a vida atual, as proporções foram semelhantes em ambos os sexos.

Na comparação por faixa etária, observa-se tendência de piora da satisfação com a saúde e da qualidade de vida com o avanço da idade. Já em relação à satisfação com a vida, é interessante notar que há uma tendência inversa: o nível positivo de satisfação foi mais presente entre os idosos. O bem-estar psicológico e a escala SRQ-20 apresentaram resultado semelhante, independente da idade do indivíduo (Tabela 6.7).

Tabela 6.7
Proporção das características do bem-estar subjetivo dos adultos (n = 4.048),
de acordo com o sexo e idade, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Sexo (%)		Idade (anos) (%)		
	Feminino	Masculino	18 a 24	25 a 59	≥ 60
Satisfação com a saúde					
Satisfeito ou muito satisfeito	67,6	75,5	80,5	70,1	66,4
Nem insatisfeito nem satisfeito	20,1	16,6	11,5	19,9	19,7
Insatisfeito ou muito insatisfeito	12,3	7,9	8,0	10,0	13,9
Qualidade de vida					
Boa ou muito boa	75,4	78,4	82,3	75,6	76,8
Nem boa nem ruim	20,0	18,3	15,0	20,0	19,2
Ruim ou muito ruim	4,6	3,3	2,7	4,4	4,0
Satisfação com a vida atual					
Nível positivo	75,8	78,2	74,1	76,4	82,0
Nível negativo	24,2	21,8	25,9	23,6	18,0
Bem-estar psicológico					
Bem-estar psicológico	86,6	92,2	90,2	89,2	88,5
Mal-estar psicológico	13,4	7,8	9,8	10,8	11,5
Escala SRQ-20 – Probabilidade de ter quadro psiquiátrico					
Maior probabilidade de não ter	62,8	85,1	77,1	72,1	72,9
Maior probabilidade de ter	37,2	14,9	22,9	27,9	27,1

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, 77 para a variável “Escala SRQ-20 – Probabilidade de ter quadro psiquiátrico”)

Referências

1. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008, 13(6): 1785-96.
2. Brownson RC, Haire-Joshu D, Luke DA. Shaping the context of health: A Review of Environmental and Policy Approaches in the Prevention of Chronic Diseases. *Annu. Rev. Public Health*, 2006, 27: 341-70.

3. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GL. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD, 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006, 11(4): 911-26.
4. WHO. Health Topics in Chronic Diseases. Disponível em http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Acessado em: 13 fev. 2011.
5. Lima-Costa MF. A saúde dos adultos na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte, NESPE-FIOCRUZ/UFMG, 2004.
6. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of Self-Reported Hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. *Prev Med.*, 1997; 26: 678-85.
7. Martin LM, Leffé N, Calonge N, Garrett C, Nelson DE. Validation of Selfreported Chronic Conditions and Health Services in a Managed Care Population. *Am J Prev Med*, 2000; 18: 215-18.
8. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial autorreferida e seus determinantes (Projeto Bambuí). *Rev. Saúde Pública*, 2004; 38(5): 637-42.
9. Validade do diabetes autorreferido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*, 2007; 41(6): 947-53.
10. McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1996.
11. Hardgin TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ignacio LL, et al. Mental Disorders in Primary Health Care: a Study of Their Frequency and Diagnosis in Four Development Countries. *Psychological Medicine*, 1980; 10: 231-41.
12. Mari J, Willians PA. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the City of São Paulo. *Brit J Psychiatry*, 1986; 148: 23-6.
13. Smaira SI, Kerr-Corrêa F, Contel JO. Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral: um estudo de caso-control. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2003; 200(25): 18-25.
14. Travassos C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2000, 5(1): 133-149.
15. Cunha JP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Campos FE et al. *Planejamento e gestão em saúde*. Cadernos de Saúde, Coopemed-BH, 1998, 1: 13-25.





7

O viver urbano do jovem ao idoso

Hábitos e comportamentos

Janaina Lavalli Goston | Aline Dayrell Ferreira Sales
Amélia Augusta de Lima Friche | Mery Natali Silva Abreu
Amanda Cristina Souza Andrade | Cynthia Graciane Carvalho Ramos
Waleska Teixeira Caiaffa

Em resposta às transições epidemiológica, demográfica e nutricional, que culminaram em um aumento expressivo da carga de doenças crônicas, as recomendações mundiais centram seu foco em oportunidades de promoção e prevenção à saúde, embasadas nos principais fatores de risco modificáveis: alimentação, atividade física e tabagismo.¹

Alimentação/Nutrição

A alimentação saudável é considerada um dos principais focos da saúde pública para controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo objeto da Estratégia Global, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹ As principais recomendações apontam para a necessidade conjunta do aumento do consumo de frutas, verduras e

legumes e, simultaneamente, da redução do consumo de gorduras e açúcares. O módulo de alimentação/nutrição do Estudo Saúde em Beagá foi constituído por questões comumente utilizadas em outros inquéritos que vão ao encontro do *Guia alimentar para a população brasileira*.²

Com relação ao consumo de carne, mais de 40,0% dos indivíduos da amostra relataram ingerir carne vermelha cinco ou mais vezes na semana. Por outro lado, a carne de frango foi consumida em maior proporção apenas uma ou duas vezes na semana (63,4%). Esse perfil foi observado independentemente do contexto de vulnerabilidade à saúde em que estavam inseridos, demonstrando que as recomendações sugeridas no *Guia alimentar* – “dar preferência para o maior consumo semanal de frango e peixe, em detrimento às carnes vermelhas” – não vêm sendo seguidas (Tabela 7.1).

O *Guia alimentar* ressalta, ainda, que se deve optar por carnes magras, retirando sempre toda a gordura aparente antes do preparo.² Entre aqueles que relataram consumo de carne vermelha, mais de 30,0% afirmaram ingerir a gordura aparente, sendo que indivíduos residindo em áreas de muito elevado risco relataram, mais frequentemente, tal hábito (44,8%), seguidos daqueles residentes em áreas de elevado (34,0%), médio (32,9%) e baixo risco à saúde (24,9%). O mesmo perfil foi observado para o consumo da pele de frango, hábito comum a 29,1% dos indivíduos da amostra, com variações de 20,1%, em locais de baixo risco, a 42,9%, em áreas de muito elevado risco (Tabela 7.1).

Para o consumo de leite, alimento com ingestão recomendada de três porções diárias, observou-se que 28,7% responderam consumi-lo raramente ou nunca (Tabela 7.1). Para adultos, o leite e seus derivados devem ser preferencialmente desnatados,² no entanto, entre aqueles que relataram beber leite, a maioria (78,9%) fazia uso do tipo integral, sendo que as proporções aumentam quanto maior é a vulnerabilidade à saúde (60,7%, baixa; 81,8%, média; 86,6%, elevada; e 91,2%, muito elevada vulnerabilidade).

Tabela 7.1
Perfil de consumo alimentar (proporção) entre adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%),
Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Carne vermelha					
1 a 2 dias por semana	20,5	21,0	28,0	25,8	23,5
3 a 4 dias por semana	28,7	30,0	29,4	28,0	29,4
5 a 7 dias por semana	46,4	43,7	35,2	41,2	41,4
Quase nunca / nunca	4,4	5,3	7,4	5,0	5,7
Gordura da carne vermelha**					
Tira sempre/não come carne gordurosa	75,2	67,1	66,0	55,2	67,7
Come a gordura	24,8	32,9	34,0	44,8	32,3
Carne de frango					
1 a 2 dias por semana	59,7	64,8	63,5	66,9	63,4
3 a 4 dias por semana	25,5	22,3	22,3	22,4	23,0
5 a 7 dias por semana	8,6	7,2	8,1	7,2	7,8
Quase nunca/nunca	6,2	5,7	6,1	3,5	5,8
Pele do frango/galinha***					
Tira sempre/não come frango com pele	79,9	70,5	68,5	57,1	70,9
Come a pele do frango	20,1	29,5	31,5	42,9	29,1
Leite (nunca/quase nunca)	22,2	29,3	32,4	28,9	28,7
Frutas (>5 vezes/semana)	68,1	49,2	41,1	37,3	49,9
Legumes/verduras (>5 vezes/semana)	83,0	79,4	73,7	72,1	77,8
Feijão (>5 vezes/semana)	77,4	87,0	90,4	91,9	86,4
Refrigerante (>5 vezes/semana)	26,3	29,4	28,8	32,4	28,8
Almoça/janta fora de casa					
Nenhum dia	44,5	48,8	52,1	52,9	49,2
1-4 dias/semana	32,9	30,6	26,2	22,2	29,1
5-7 dias/semana	22,6	20,6	21,7	24,9	21,7

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, sete para a variável "almoça/janta fora de casa")

** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão "consumo de carne vermelha durante a semana" (n=3.771)

*** Informação referente à amostra que respondeu "sim" para a questão "consumo de frango/galinha durante a semana" (n=3.775)

Um dos grandes desafios do *Guia alimentar* diz respeito ao consumo de frutas, legumes e verduras, visto que a média de ingestão desses alimentos é muito baixa, apesar de sua abundância no país.² Dados do estudo Saúde em Beagá evidenciam que tanto o consumo de frutas quanto o de legumes e verduras variaram segundo o Índice de Vulnerabilidade à Saúde.

A prevalência total do consumo desses alimentos cinco vezes ou mais por semana foi 1,8 vezes menor para frutas e 1,2 vezes menor para legumes/verduras entre aqueles que residiam em locais de muito elevado risco, quando comparados aos de baixo risco (Tabela 7.1). O principal motivo para não se consumir frutas pelo menos cinco vezes na semana foi a falta de costume/hábito (52,3%), seguido pelo fato de os indivíduos não gostarem (20,2%), por serem caras (17,9%), difíceis de comprar (7,6%) e, por fim, difíceis de comer (2,0%). Para legumes e verduras, o principal motivo foi o fato de os entrevistados não gostarem (38,8%), seguido pela falta de costume (33,5%), por serem caros (12,5%), difíceis de comprar (7,7%) e preparar (7,5%).

O relato dos diferentes motivos para o consumo semanal insuficiente de frutas, legumes e verduras variou segundo o IVS. Dentre todos os que afirmaram não ter o costume de consumir frutas, legumes e verduras, a maioria residia em locais de baixo e médio risco (62,2% para o consumo de frutas e 59,9% para o consumo de legumes e verduras). A dificuldade de acesso e o elevado custo foram os motivos mais frequentemente apontados pelos residentes de áreas de elevado e muito elevado risco – 59,6% e 62,7% (para frutas), 54,6% e 75,6% (para legumes/verduras), respectivamente.

O consumo semanal de feijão também vem sendo investigado nos inquéritos epidemiológicos, pois, segundo o *Guia alimentar*, apesar de a participação relativa de feijões na alimentação brasileira ainda estar dentro da faixa recomendada de consumo, há uma tendência de queda preocupante, necessitando ser revertida em curto espaço de tempo. A prevalência de consumo de feijão quase todos os dias da semana (cinco vezes ou mais) foi elevada no grupo estudado (86,4%), sendo maior em locais de maior vulnerabilidade à saúde (Tabela 7.1).

Outro hábito preocupante para a saúde pública está relacionado à ingestão de açúcares. Apesar de ser observada uma tendência leve de queda no consumo desse item, entre 1975 e 2003, houve aumento considerável no consumo de refrigerantes (400,0%).² No Estudo Saúde em Beagá, quase 30,0% da população relatou beber refrigerantes mais de cinco vezes por semana (Tabela 7.1), sendo frequente o consumo da bebida do tipo normal (73,7%, variando de 57,1%, em locais de baixo IVS, a 85,6%, em áreas de muito elevado risco). Entre os indivíduos que afirmaram consumir refrigerante, a maioria (79,8%) ingeria de um a três copos por dia, e 8,2% relataram consumo de quatro copos ou mais por dia (variando de 6,2%, no baixo risco, a 10,8%, no muito elevado risco).

Considerando as evidências de que o costume de fazer refeições fora de casa também contribui para o aumento da ingestão energética, destaca-se que 29,1% dos entrevistados informaram praticar esse hábito um a quatro dias na semana e 21,7%, de cinco a sete dias na semana, havendo pouca variação segundo o IVS (Tabela 7.1).

Atividade física

A prática regular de atividade física (AF) é um comportamento importante na promoção da saúde e prevenção de doenças. Tal hábito contribui para redução das doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer, controle do peso, pressão arterial e diabetes, prevenção da osteoporose, aumento do bem-estar e melhora da autoestima.³ Apesar de ampla divulgação de informações que comprovam tais benefícios, pelo menos 60% da população mundial falha em atender às recomendações atuais: “Todo adulto deve acumular pelo menos 150 minutos por semana de atividades físicas (AFs) moderadas e/ou 60 minutos por semana ou mais de AFs vigorosas em seu tempo livre”.^{4,5}

A atividade física no tempo livre ou no lazer (AFL) tem sido o domínio mais frequentemente investigado em estudos epidemiológicos. Entretanto, observa-se crescente interesse pelas AFs realizadas como meio de deslocamento, trabalho e atividades domésticas, que são analisadas de forma separada ou compondo um escore geral. No Brasil, quando considerados dois

ou mais domínios, a prevalência de sedentarismo varia de 26,7% a 78,9%. Se avaliada apenas no lazer, essa prevalência oscila de 55,3% a 96,7%.⁶ Desde 2004, a OMS incluiu a AF na agenda mundial de saúde pública, por meio da Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde, e recomendou aos estados-membros desenvolverem planos de ação que favoreçam o aumento da prática regular de AF entre suas populações.⁵ O nível de atividade física no lazer (NAFL) do estudo Saúde em Beagá foi obtido por meio da sessão quatro da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ),⁷ validado no Brasil.^{8,9} Participantes adultos (18-69 anos) relataram a frequência e o tempo de caminhada e esforços físicos de intensidade moderada e vigorosa realizados no tempo livre, nos sete dias anteriores à entrevista. A definição de intensidade para cada atividade foi baseada no grau de esforço exigido e sua influência na mudança da respiração. Atividades moderadas são aquelas que produzem aumento moderado na respiração, nos batimentos cardíacos e na transpiração por, pelo menos, dez minutos. Atividades vigorosas produzem aumento substancial nas mesmas variáveis.⁵

CLASSIFICAÇÃO DO NAFL

- ***Inativos:*** aqueles que relataram nunca praticar qualquer tipo de atividade no tempo livre ou o fazem por menos de 10 minutos consecutivos.
- ***Suficientemente ativos:*** aqueles que praticavam atividades seguindo as recomendações atuais – 30 minutos/dia de atividades moderadas, por cinco ou mais dias da semana, ou 20 minutos/dia de atividades vigorosas, em três ou mais dias da semana.
- ***Insuficientemente ativos:*** aqueles que não atendiam a nenhum dos critérios anteriores.

Do total de 4.048 adultos entrevistados, mais da metade (56,4%) relatou não ter praticado qualquer tipo de AFL nos três meses anteriores à entrevista. Prevalências mais altas de inatividade física foram observadas entre os participantes que vivem nas áreas de IVS elevado (68,3%) e muito elevado (59,4%). Os motivos mais frequentes para a inatividade foram: falta de tempo (52,0%), falta de acesso a equipamentos de ginástica (37,9%) e não gostar de fazer exercícios/falta de motivação (35,9%) (Tabela 7.2).

Entre os praticantes de atividade física (43,6%), a modalidade mais citada foi caminhada (53,5%), seguida pelos esportes coletivos (22,0%) e da musculação (12,8%). Percebe-se que a caminhada e a musculação são mais comuns entre os indivíduos em estratos de risco mais baixos, enquanto esportes coletivos são mais frequentes entre aqueles com maior IVS. Em relação ao suporte social para atividade física, é possível observar que as pessoas que relataram ter o comprometimento e o incentivo de amigos e familiares para prática de AF estavam em estratos de risco mais baixos. Por outro lado, entre aqueles que mencionaram poder contar com carona de pessoas de sua vizinhança para chegar ao local em que praticam exercícios, quase metade (46,2%) residia em áreas de muito elevado risco (Tabela 7.2).

Para avaliação do NAFL por meio do IPAQ, alguns critérios foram respeitados. Participaram adultos com idades de 18 a 69 anos, cujas respostas ao questionário aplicado foram disponibilizadas integralmente para validação do score de AF. Assim, 381 adultos com mais de 69 anos e 214 dados faltantes ou inadequados para validação foram excluídos da amostra, permanecendo 3.453 adultos na análise do NAFL.

A média de idade desse grupo foi de $38,8 \pm 13,7$ anos, sendo observado que mais da metade dos indivíduos (59,9%; $n = 2.171$) eram inativos e apenas 16,8%, ativos ($n = 555$). Foi identificada maior proporção de ativos entre os estratos de IVS mais baixos, enquanto os inativos foram mais frequentes em estratos de risco mais elevado (Tabela 7.3).

Tabela 7.2
Perfil de atividade física, entre adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%),
Saúde em Beagá, 2008-2009

(Continua)

Característica	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL	
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada		
Pratica atividade física						
	Não	39,7	55,5	68,3	59,4	56,4
	Sim	60,3	44,5	31,7	40,6	43,6
Tipos de AF **						
Caminhada		55,2	52,3	54,7	46,4	53,5
Esportes Coletivos		15,4	23,5	24,9	31,8	22,0
Musculação		13,3	14,0	12,0	6,1	12,8
Corrida		11,0	9,2	7,5	9,7	9,4
Ginástica em geral		11,3	8,5	7,5	7,4	9,1
Natação/Hidroginástica		14,6	5,8	2,8	0,7	7,9
Alongamento		6,2	6,0	8,0	2,6	6,3
Bicicleta		3,2	4,0	7,8	8,3	4,9
Dança		3,9	2,4	2,8	1,1	2,9
Luta/Capoeira		3,6	2,1	1,9	0,0	2,4
Pilates		3,5	0,7	0,5	0,0	1,5
loga/Liang Gong		3,0	1,4	0,3	0,0	1,5
Outras atividades		0,9	0,0	0,2	0,6	0,3
Motivos para não praticar AF ***						
Não tem tempo		47,3	55,9	49,9	52,4	52,0
Não tem acesso a equipamentos de ginástica		25,8	37,7	42,5	40,0	37,9
Não gosta de fazer atividade física/Falta de motivação		37,2	36,7	34,4	37,0	35,9
Anda muito cansado		22,6	26,2	29,6	24,7	26,9
Não tem companhia e não gosta de ir só		18,2	26,9	26,9	23,8	25,3
Não conhece local adequado/seguro para se exercitar		14,5	22,5	28,7	35,4	24,7
Já faz exercício suficiente na rotina diária/trabalho		10,9	23,1	25,8	25,9	22,5
Não tem boa saúde para se exercitar		16,9	18,8	20,1	23,2	19,4
Está bem e não julga necessário se exercitar		6,8	11,1	15,1	19,7	12,6

Característica	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Motivos para não praticar AF ***					
Tem medo de se machucar	8,7	10,7	14,7	18,1	12,5
Outros motivos	3,8	2,4	3,9	1,5	3,1
Suporte Social da atividade física					
Pode contar com carona de pessoas da sua vizinhança	39,0	38,2	37,5	46,2	38,7
Seus amigos e/ou familiares te incentivam a praticar atividade física	79,5	71,5	62,5	54,6	69,2
Tem pelo menos um amigo ou familiar que se compromete a fazer atividade física com você	61,8	57,5	56,0	58,0	58,0

** Responderam a esta questão: indivíduos que relataram prática de atividade física nos últimos três meses (n = 1.636)

*** Responderam a esta questão: indivíduos que relataram não praticar atividade física nos últimos três meses (n = 2.412)

Tabela 7.3
Classificação do nível de AF no lazer de adultos entre 18-69 anos (n = 3.453), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Nível AF no lazer					
Inativo	42,7	58,6	70,6	63,3	59,9
Insuficientemente ativo	29,7	24,7	17,5	25,2	23,3
Ativo	27,6	16,7	11,9	11,5	16,8

* NAFL, segundo classificação proposta pelo IPAQ, considerando dados faltantes (n = 214) e excluindo adultos > 69 anos (n = 381)

Ao avaliar o NAFL segundo sexo e faixa etária, observou-se que os homens (20,2%) tendem a ser mais ativos que as mulheres (13,9%). Em relação à idade, verificou-se que os participantes mais jovens (18-24 anos) eram mais ativos (22,8%), quando comparados às demais faixas etárias (15,5%: 25-29 anos e 16,5%: 60 anos ou mais). Nota-se ainda que 61,8% daqueles com idade entre 25 a 59 anos eram inativos (Tabela 7.4).

Tabela 7.4
Classificação do nível de AF no lazer (NAFL) de adultos entre 18 a 69 anos (n = 3.453),
de acordo com sexo e faixa etária, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Sexo (%)		Idade (anos) (%)			TOTAL
	Masculino	Feminino	18 a 24	25 a 59	≥60	
NAFL						
Inativo	53,5	65,2	52,2	61,8	58,5	59,9
Insuficientemente ativo	26,3	20,8	25,0	22,7	25,0	23,3
Ativo	20,2	13,9	22,8	15,5	16,5	16,8

* NAFL segundo classificação proposta pelo IPAQ, considerando dados faltantes (n=214) e excluindo adultos > 69 anos (n = 381)

Tabagismo, álcool e outras drogas

O uso de drogas lícitas e ilícitas psicoativas tem sido motivo de preocupação científica, política e pública. Evidências recentes sugerem que o uso de drogas ilícitas tem aumentado significativamente em muitos países, bem como o uso das drogas lícitas, como álcool e tabaco.¹⁰ Sabe-se que o tabaco é considerado uma das principais causas de mortes evitáveis, sendo responsável por cerca de três milhões de óbitos anuais em todo mundo, o equivalente a 12% da mortalidade adulta. Segundo a OMS, entre 2020 e 2040, o tabagismo será responsável por 10 milhões de mortes por ano.¹¹ Entretanto, poucas pesquisas de base domiciliar têm buscado estimar a magnitude da utilização dessas drogas no cenário nacional.

Em relação ao consumo de tabaco, o Estudo Saúde em Beagá apontou que 40,7% dos entrevistados já experimentaram cigarros alguma vez na vida, sendo essa prevalência mais elevada no estrato de muito elevada vulnerabilidade à saúde (45,3%).

Tabela 7.5
Distribuição do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, (n = 4.048),
de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Tabagismo					
Uso de cigarros*	42,3	38,4	39,5	45,3	40,7
Fumo atual	17,4	16,6	16,5	19,0	16,9
Tentativa de cessação**	14,0	14,2	14,2	16,2	14,3
Fumo passivo***	51,7	54,1	58,2	54,2	54,9
Consumo de álcool					
Consome bebida alcoólica	62,6	46,2	40,8	39,0	47,5
Consumo > 5 doses em > 3 vezes/semana	6,5	4,8	2,5	7,9	4,6
Dirigiu depois de beber****	21,0	12,6	5,7	4,4	12,4
Consumo de drogas ilícitas					
Uso de maconha*	18,8	10,1	10,4	19,7	12,8
Uso de cocaína, crack ou ecstasy*	5,5	4,5	4,3	6,5	4,7

* Pelo menos uma vez na vida

** Tentar parar de fumar por, pelo menos, um dia. Responderam a esta questão indivíduos que relataram fumar atualmente (n = 736)

*** Contato com fumaça do cigarro

**** Responderam a esta questão indivíduos que relataram consumir bebida alcoólica (n = 1.197)

Segundo a OMS, são classificados como tabagistas todos que relatam estar fumando atualmente, independente da intensidade e da frequência.¹² Dentro dessa perspectiva, entre os 4.048 participantes do estudo, 16,9% foram classificados como fumantes atuais, observando-se menor prevalência (16,5%) no estrato de elevada vulnerabilidade à saúde e maior prevalência (19,0%) no estrato de muito elevada vulnerabilidade (Tabela 7.5).

Com relação às tentativas de interromper o vício, cerca de 14% dos fumantes atuais já tentaram parar de fumar por pelo menos um dia, havendo poucas diferenças entre os estratos comparados. No que se refere ao fumo passivo, o contato com a fumaça do cigarro foi relatado por 54,9% dos entrevistados, ocorrendo em menor frequência no estrato de baixa vulnerabilidade à saúde (Tabela 7.5).

O consumo de bebida alcoólica foi relatado por 47,5% da amostra total, variando entre os estratos do IVS, com índices de 62,6%, nos setores de baixo risco, e 39,0%, nos setores de muito elevado risco. Entre aqueles que consumiam bebida alcoólica, o número médio de doses nos 30 dias anteriores à pesquisa variou de 5,4 – entre os moradores de setores de baixo risco – a 8,7 – entre os que moravam em locais de muito elevado risco. Com relação à intensidade e à frequência do uso de álcool, a prevalência total de consumo de cinco ou mais doses em três ou mais vezes por semana foi de 4,6%, sendo mais elevada (7,9%) no estrato de muito elevada vulnerabilidade à saúde (Tabela 7.5).

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas antes de dirigir, cerca de 21% dos entrevistados residentes em locais de baixo risco relataram ter dirigido depois de beber. Já entre residentes de locais de elevado ou muito elevado risco, esse percentual permaneceu em torno de 4,4% (Tabela 7.5).

Em relação ao consumo de drogas ilícitas, quase 13% dos entrevistados relataram já ter utilizado maconha e 4,7% experimentaram drogas como cocaína, crack e ecstasy. Entretanto, esse consumo foi desigual entre os estratos do IVS, sendo maior entre os moradores de áreas de baixa e muito elevada vulnerabilidade para todos os tipos de drogas (Tabela 7.5).

Referências

1. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Fifty-Seventh World Health Assembly [monograph on the Internet] [WHA57.17]. Disponível em http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf. Acessado em: 01 jan. 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)
3. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf. Acessado em: 17 jan. 2011.

4. Haskell WL et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*, 2007 ; 39(8): 1423-34.
5. OMS, 2010. Global Recommendations on Physical Activity for Health. World Health Organization, 2010. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/ Acessado em: 01 fev. 2011.
6. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, 2007; 41(3): 453-60.
7. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc*, 2003; 35: 1381-1395.
8. Studies Center of the Physical Fitness Research Laboratory of São Caetano do Sul (CELAFISCS). Disponível em: <http://www.celafiscs.org.br> . Acessado em: dez. 2010.
9. Matsudo SM, Araújo T, Matsudo V, Andrade D. Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil – IPAQ. *Revista Brasileira de Atividade física e saúde desenvolvida pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul. CELAFISCS & Programa Agita São Paulo*, 2001; 6(2): 05-18.
10. Tavares BF. Uso de drogas em adolescentes escolares em Pelotas, RS. *Revista Saúde Pública*, 2001; 35(2): 150-158.
11. Abreu MNS, Caiaffa WT. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. *Rev. Panam Salud Publica*, 2011; 30(1): 22-30.
12. Malta DC et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Brás Pneumol*, 2010; 36(1): 75-83.





Prato su marmitino
arroz
feijão
Carne de Panela
mandioca
Salada
Dois lanches

8

Antropometria e imagem corporal

Marcela Guimarães Côrtes | Aline Dayrell Ferreira Sales
Adriana Lúcia Meirelles | Janaina Lavalli Goston
Waleska Teixeira Caiaffa

O estado nutricional da amostra do Estudo Saúde em Beagá foi avaliado com base apenas no perfil antropométrico, composto pelas medidas de peso, altura e circunferência da cintura (CC) dos participantes. Esses dados foram aferidos por uma equipe treinada por nutricionistas, segundo as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.¹ Entre adultos, também foram utilizadas medidas autorreferidas de peso e altura.

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado a partir do peso e da altura dos entrevistados ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$). Apesar desse indicador não identificar a composição corporal, a facilidade de sua mensuração faz com que seja o recurso mais utilizado para avaliar o estado nutricional em estudos epidemiológicos, em associação ou não com outras medidas antropométricas.² Ademais, vários pesquisadores têm sugerido seu uso por ser reconhecido como preditor de morbidades e mortalidade de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).^{3,4}

Além de ser associado ao aumento da morbimortalidade por doenças crônicas, o estado nutricional alterado pode, muitas vezes, culminar em hábitos e comportamentos não saudáveis. Paralelamente ao aumento da obesidade, um “culto ao corpo” resultaria em insatisfação com o peso e a imagem corporal e, conseqüentemente, levar à adoção de práticas consideradas “adequadas” para se atingir a meta de um corpo magro. No entanto, na maioria das vezes, essas práticas não correspondem aos princípios fundamentais de hábitos alimentares saudáveis.⁵ Orientações e acompanhamento inadequados podem, além de não resolver o problema, agravá-lo, acarretando até mesmo danos à saúde do indivíduo.⁶

Adolescentes (11 a 17 anos completos)

Estado nutricional

Para avaliar o estado nutricional de adolescentes, utilizou-se o cálculo do índice de massa corporal, classificando-os em baixo peso, eutrofia e excesso de peso (sobrepeso e obeso). A categorização foi realizada segundo os critérios de sexo e idade, de acordo com os pontos de corte propostos por Conde e Monteiro para adolescentes.⁶

Nesse grupo etário, a maioria apresentou estado nutricional de eutrofia (73,1%). O excesso de peso foi observado em 24,2% dos adolescentes, sendo 16,8% com sobrepeso e 7,4% com obesidade. Já a prevalência de baixo peso foi de 2,7% (Tabela 8.1).

Na Tabela 8.1, observam-se poucas diferenças nas médias de IMC e no perfil do estado nutricional dos adolescentes, considerando os diferentes contextos de vulnerabilidade à saúde. Nota-se, contudo, que a prevalência de obesidade no IVS baixo foi bem menor se comparada aos demais grupos, sendo 2,4 vezes menor que a média.

Tabela 8.1
Estado nutricional de adolescentes de 11 a 17 anos (n = 1.042), de acordo com o IVS, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Média IMC (IC95%)	20,1 (19,7 – 20,6)	20,9 (20,2 – 21,5)	20,8 (20,0 – 21,6)	20,1 (19,4 – 20,7)	20,7 (20,3 – 21,1)
Estado Nutricional (%)					
Baixo peso	2,7	2,5	3,1	2,1	2,7
Eutrofia	77,5	73,3	70,5	77,8	73,1
Sobrepeso	16,7	16,3	18,0	14,3	16,8
Obesidade	3,1	7,9	8,3	5,8	7,4

* Número de observações igual a 1.033 adolescentes, devido a dados faltantes.

Em relação à idade e ao sexo, observou-se maior prevalência de eutrofia entre adolescentes de 14 a 17 anos (74,4%) e entre o sexo masculino (75,4%). Já a proporção de baixo peso foi maior entre as mulheres (3,6%), assim como a proporção de obesidade (8,8%) (Tabela 8.2).

Tabela 8.2
Estado nutricional de adolescentes de 11 a 17 anos (n = 1.042), de acordo com a idade e o sexo, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Idade		Sexo		TOTAL
	11 a 13	14 a 17	Masculino	Feminino	
Média IMC (IC95%)	19,5 (18,9 – 20,1)	21,5 (21,0 – 22,1)	20,3 (19,6 – 21,1)	21,1 (20,5 – 21,6)	20,7 (20,3 – 21,1)
Estado nutricional (%)					
Baixo peso	2,3	3,0	1,9	3,6	2,7
Eutrofia	71,3	74,4	75,4	70,6	73,1
Sobrepeso	19,7	14,8	16,7	17,0	16,8
Obesidade	6,7	7,9	6,0	8,8	7,4

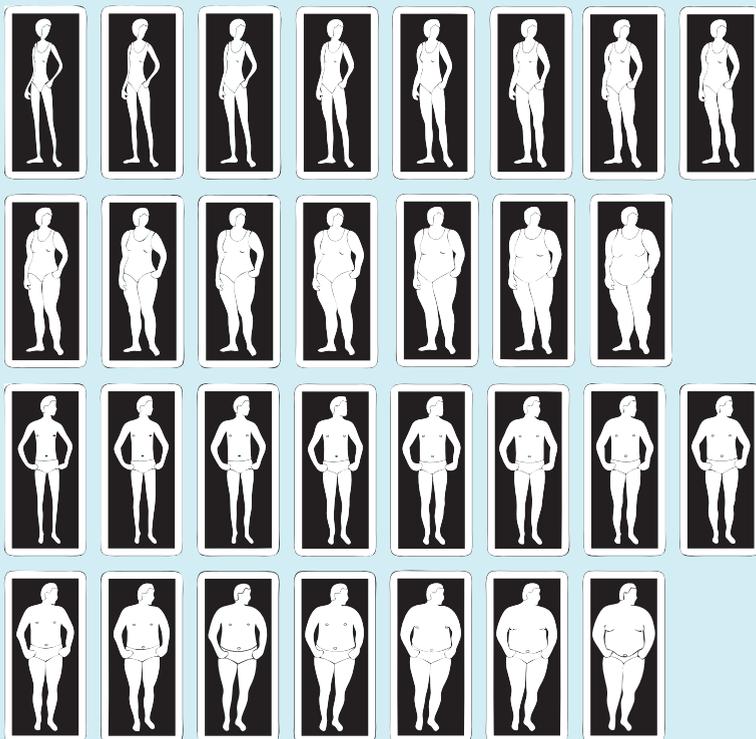
* Número de observações igual a 1.033 adolescentes, devido a dados faltantes

Imagem corporal

Avaliou-se a percepção da imagem corporal por meio da escala de silhuetas desenvolvida e adaptada para a população brasileira.⁷ Vale salientar que a escala adotada foi originalmente desenvolvida para adultos, cujas propriedades psicométricas foram posteriormente atestadas entre adolescentes.⁸ O instrumento escolhido foi o que teve melhor desempenho durante o pré-teste de coleta de dados.

ESCALA DE SILHUETAS (Kakeshita, 2008)

Trata-se de uma sequência de 15 silhuetas corporais para cada sexo. O participante deve escolher a figura que mais se parece com seu corpo e, a seguir, a figura com a qual gostaria de se parecer. Considerou-se insatisfação corporal qualquer grau de discrepância entre a silhueta atual e a desejada.



No Estudo Saúde em Beagá, 80,4% dos adolescentes demonstraram algum nível de insatisfação corporal, com pouca diferença entre os grupos de IVS, sendo a satisfação corporal maior em áreas de média vulnerabilidade e menor no IVS baixo (Tabela 8.3).

Tabela 8.3
Satisfação com a imagem corporal de adolescentes de 11 a 17 anos (n = 1.042), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito elevada	
Satisfação com a imagem corporal					
Satisfeito	17,4	21,4	18,3	19,9	19,6
Insatisfeito	82,6	78,6	81,7	80,1	80,4

* Número de observações igual a 1.019 adolescentes, devido a dados faltantes

A prevalência de satisfação corporal foi semelhante entre indivíduos de ambos os sexos e entre os dois grupos de idade dos adolescentes, conforme apresentado na Tabela 8.4.

Tabela 8.4
Satisfação com a imagem corporal de adolescentes de 11 a 17 anos (n = 1.042), de acordo com a idade e o sexo, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Idade (em anos) (%)		Sexo (%)		TOTAL
	11 a 13	14 a 17	Masculino	Feminino	
Satisfação com a imagem corporal					
Satisfeito	20,0	19,3	19,3	19,9	19,6
Insatisfeito	80,0	80,8	80,7	80,1	80,4

* Número de observações igual a 1.019 adolescentes, devido a dados faltantes

Adultos (≥ 18 anos)

Estado nutricional

Para classificação do estado nutricional de adultos, o índice de massa corporal foi calculado e classificado em baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), eutrofia (IMC de 18,6 a 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC de 25 a 29,9 kg/m²)

e obesidade (IMC > 30 kg/m²).^{1,9} De fácil aplicabilidade e custo reduzido, outro indicador usado na amostra de adultos participantes do Saúde em Beagá foi a medida da circunferência da cintura (CC). Sua aplicação na prática clínica e em estudos é justificada por se constituir como principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Essa associação pode ser explicada pelo acúmulo de tecido adiposo na região abdominal, o que favorece a resistência insulínica, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica.⁴

Medidas acima de 94 cm, para homens, e de 80 cm, para mulheres, parecem estar associadas a uma tendência de aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas. Esse risco torna-se muito alto para valores maiores que 102 cm, em indivíduos do sexo masculino, e 88 cm, em mulheres. Para estratificação do risco de doenças (diabetes tipo 2, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares), sugere-se que as avaliações incluam, pelo menos, a medida da CC ou do IMC, mas preferencialmente ambas.¹⁰

O estado nutricional predominante na população adulta amostrada foi o excesso de peso (IMC > 25 kg/m² – 51,1%), representado pela soma de indivíduos com sobrepeso (32,9%) e obesidade (18,2%). A alta prevalência de excesso de peso refletiu na elevada média de IMC observada nessa população (25,8 kg/m² e IC95% igual a 25,5-26,0) (Tabela 8.5).

Tabela 8.5
Estado nutricional de adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Média IMC (IC95%)+	26,2 (25,7-26,7)	25,8 (25,5-26,1)	25,4 (25,0-25,9)	25,8 (25,0-26,7)	25,8 (25,5-26,0)
Estado nutricional (%)					
Baixo peso	2,1	4,3	5,6	1,8	4,1
Eutrofia	42,4	44,4	45,6	50,1	44,8
Sobrepeso	36,2	33,0	31,9	27,5	32,9
Obesidade	19,3	18,3	16,9	20,6	18,2

* Índice de Massa Corporal considerando dados faltantes e excluindo gestantes (n = 3.990)

+ Intervalo de confiança a 95%

Ao avaliar as médias de IMC segundo o Índice de Vulnerabilidade à Saúde, observaram-se mínimas diferenças (Tabela 8.5), ao contrário do que ocorreu para os critérios idade e sexo. Nota-se que a média foi maior para o sexo feminino e aumentou significativamente com o avanço da idade (Tabela 8.6).

Os dados sugerem não haver diferenças no estado nutricional segundo os locais de moradia, visto que as prevalências de baixo peso, eutrofia e obesidade não apresentaram nenhuma tendência com o IVS. Apenas a prevalência de sobrepeso teve uma leve redução com o aumento da vulnerabilidade à saúde (Tabela 8.5).

Em relação à idade e ao sexo, observou-se maior prevalência de eutrofia entre adultos jovens (66,1%), reduzindo com a idade, ao passo que os registros de sobrepeso e obesidade apresentaram tendência inversa, sendo maior entre aqueles com 60 anos ou mais (37,5% e 26,3%, respectivamente). Na comparação por sexo, homens apresentaram maior prevalência de eutrofia que as mulheres (46,9% dos entrevistados *versus* 42,8% das respondentes), mas também maior prevalência de sobrepeso (34,8% dos homens *versus* 31,4% das mulheres), ao passo que a obesidade foi mais prevalente entre participantes do sexo feminino (Tabela 8.6).

Tabela 8.6
Estado nutricional de adultos (n = 4.048), de acordo com a idade e o sexo,
Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Idade (anos)			Sexo		TOTAL
	18 a 24	25 a 59	≥60	Masculino	Feminino	
Média IMC (IC95%)+	22,6 (22,3-23,0)	26,2 (26,0-26,5)	27,1 (26,7-27,5)	25,4 (25,1-25,8)	26,1 (25,8-26,4)	25,8 (25,5-26,0)
Estado nutricional (%)						
Baixo peso	10,9	2,9	2,2	3,7	4,4	4,1
Eutrofia	66,1	41,8	34,0	46,9	42,8	44,8
Sobrepeso	15,0	36,2	37,5	34,8	31,4	32,9
Obesidade	7,0	19,1	26,3	14,6	21,4	18,2

* Índice de Massa Corporal considerando dados faltantes e excluindo gestantes (n = 3.990)

+ Intervalo de confiança a 95%

Da mesma forma que o IMC, a análise da média da circunferência da cintura (CC), não apontou grande diferença segundo os estratos de vulnerabilidade à saúde (Tabela 8.7), apresentando média significativamente maior com o avanço da idade (Tabela 8.8). Apesar de os homens terem apresentado média de CC maior que as mulheres, essa medida não os classifica em risco para doenças cardiovasculares, cujo ponto de corte preconizado é de até 94,0 cm. Quanto às mulheres, a média observada pode ser considerada elevada, uma vez que está acima do valor de referência (80,0 cm) (Tabela 8.8).

Tabela 8.7

Média da circunferência da cintura (CC) e classificação do risco para doenças cardiovasculares, entre adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Média CC (IC95%)	87,6 (86,0-89,4)	86,4 (85,4-87,3)	84,8 (83,9-85,8)	87,9 (85,4-90,4)	87,2 (86,1-88,2)
Classificação do risco (%)					
Sem risco	49,5	52,6	55,9	54,3	53,0
Risco elevado	21,1	20,0	19,8	17,1	19,9
Risco muito elevado	29,4	27,4	24,3	28,6	27,0

* Circunferência da cintura considerando dados faltantes e excluindo gestantes (n = 3.982)

A prevalência de risco muito elevado para doenças cardiovasculares foi maior em áreas de baixa vulnerabilidade à saúde (29,4%), ao passo que, nas áreas de elevada vulnerabilidade, a prevalência foi de 24,3% (Tabela 8.7). A análise por idade e sexo indicou tendência de aumento da prevalência de risco elevado para doenças cardiovasculares com a idade. Indivíduos com 60 anos ou mais apresentaram prevalência de risco muito elevado cerca de 7 vezes maior que os adultos jovens (18-24 anos) e 1,8 vezes maior que indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos (Tabela 8.8). Na comparação por sexo, as mulheres apresentaram prevalência de risco elevado para doenças cardiovasculares 1,2 vezes maior que os homens e prevalência 2,3 vezes maior de risco muito elevado (Tabela 8.8).

Tabela 8.8
Média da circunferência da cintura (CC) e classificação do risco para doenças cardiovasculares, entre adultos (n = 4.048), de acordo com a idade e o sexo, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Idade (anos)			Sexo		TOTAL
	18 a 24	25 a 59	≥60	Masculino	Feminino	
Média IMC (IC95%)	76,2 (75,2-77,2)	87,2 (86,4-88,0)	93,1 (91,9-94,3)	89,3 (88,3-90,2)	83,7 (83,0-84,5)	87,2 (86,1-88,2)
Classificação do risco (%)						
Sem risco	85,4	50,8	29,0	65,9	42,0	53,0
Risco elevado	7,7	22,4	21,8	18,1	21,5	19,9
Risco muito elevado	6,9	26,8	49,2	15,9	36,5	27,0

* Circunferência da cintura considerando dados faltantes e excluindo gestantes (n = 3.982)

Imagem corporal

A satisfação com a imagem corporal foi mensurada por meio da Escala de Silhuetas, proposta por Stunkard em 1983, que, no contexto nacional, tem sido a mais utilizada em estudos sobre a imagem corporal.¹¹

Além da insatisfação com a imagem corporal, mensurada pela escala supracitada, foi verificada a insatisfação com o peso corporal, por meio de uma pergunta direta:

Com relação a seu peso o(a) Sr.(a.) está:

Satisfeito;

Com o peso abaixo do que deseja;

Com o peso acima do que deseja.

As prevalências de insatisfação com a imagem corporal e com o peso foram elevadas, respectivamente, 69,6% e 57,2%. As maiores prevalências foram encontradas em locais de baixa vulnerabilidade à saúde, tanto para insatisfação com a imagem corporal quanto com o peso. Entre os 2.262 indivíduos que relataram estar insatisfeitos com o peso corporal, 56,4% (n = 1.248) afirmaram adotar algum tipo de estratégia para alterá-lo. Seguindo o mesmo padrão, foi identificada, em locais de baixa vulnerabilidade à saúde, maior proporção de indivíduos que utilizam recursos para modificar o peso corporal (65,0% em locais de baixa vulnerabilidade *versus* 47,2% em locais de muita elevada vulnerabilidade) (Tabela 8.9).

ESCALA DE SILHUETAS (Stunkard, 1983)

A escala é composta por nove figuras de corpo humano (específicas por sexo), identificadas pelo entrevistado ao seguir as seguintes orientações: “Escolha o número da figura que se parece mais com você hoje” e com qual “você mais gostaria de parecer”. Assim como na avaliação dos adolescentes, considerou-se insatisfação corporal qualquer grau de discrepância entre a silhueta atual e a desejada.

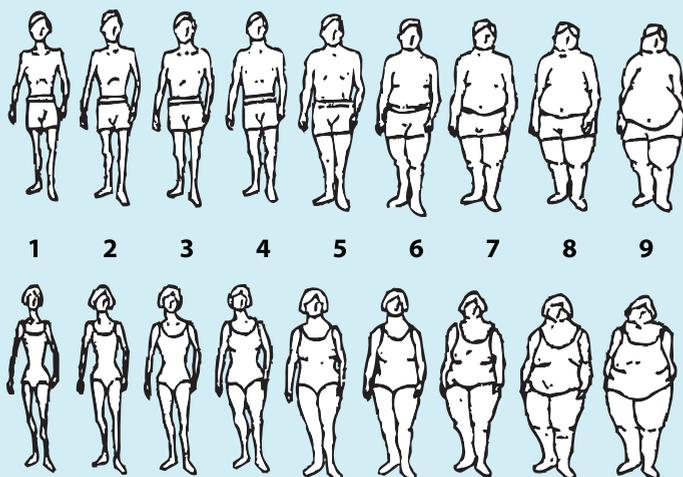


Tabela 8.9

Distribuição das características relacionadas à imagem corporal entre adultos (n = 4.048), de acordo com o IVS (%), Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Vulnerabilidade à Saúde				TOTAL
	Baixa	Média	Elevada	Muito Elevada	
Insatisfação com a imagem corporal	72,2	69,6	69,1	63,5	69,6
Insatisfação com o peso	64,0	57,5	53,6	50,3	57,2
Adota estratégia para alterar o peso**	65,0	57,1	50,3	47,2	56,4

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, dez para a variável “insatisfação com a imagem corporal”, mensurada por meio da Escala de Silhuetas)

** Informações referente à amostra que respondeu estar insatisfeita com o peso corporal (n = 2.262)

Tanto a insatisfação com a imagem quanto com o peso corporal foram mais prevalentes na população de 25-59 anos – respectivamente, 71,9% e 60,5% – e menor na população de 60 anos ou mais. No mesmo sentido, adultos de 25-59 anos relataram adotar estratégias para alterar o peso em maior proporção que os demais grupos etários.

Com relação ao sexo, a prevalência de insatisfação corporal foi maior entre as mulheres (75,8%) que entre os homens (62,3%), bem como para o quesito insatisfação com o peso (64,4%, para mulheres, e 48,6%, para homens). Elas também adotaram, em maior proporção que os homens, estratégias para alteração do peso corporal (Tabela 8.10).

Tabela 8.10
Distribuição das características relacionadas à imagem corporal entre adultos (n = 4.048), de acordo com a idade e o sexo, Saúde em Beagá, 2008-2009

Característica*	Idade (anos) (%)			Sexo(%)		TOTAL
	18 a 24	25 a 59	≥60	Masculino	Feminino	
Insatisfação com a imagem corporal	67,0	71,9	62,4	62,3	75,8	69,6
Insatisfação com o peso	55,3	60,5	44,2	48,6	64,4	57,2
Adota estratégia para alterar o peso**	57,1	57,3	49,8	51,8	59,3	56,4

* O número de observações pode variar devido a dados faltantes (informações faltantes de, no máximo, dez para a variável “insatisfação com a imagem corporal”, mensurada por meio da Escala de Silhuetas).

** Informações referente à amostra que respondeu estar insatisfeita com o peso corporal (n = 2.262)

Todos os entrevistados que relataram adotar algum tipo de estratégia para alterar o peso (n = 1.248) foram questionados sobre tais recursos. As cinco principais medidas foram: alterar a quantidade de alimentos consumidos (29,7%), atividade física (25,8%), mudar o tipo de alimento consumido (19,7%), reduzir o número de refeições diárias (11,4%) e utilizar medicamentos, fórmulas ou chás (6,5%). Ao serem questionados sobre o profissional ou pessoa que os orientou para adoção da estratégia listada, 51,9% relataram que o fazem por conta própria, sem nenhuma orientação.

Referências

1. Vigilância alimentar e nutricional – Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andressa Araújo Fagundes et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Anjos LA. Índice de massa corporal (massa corporal x estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*, 1992; 26: 431-6. Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do Índice de Massa Corporal para idosos. *Rev. Nutr.*, nov.-dec. 2005, v. 18, n. 6.
3. Amancio et al. Weight Loss Diets Advertised in Non-Scientific Publications. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, set.-out. 2004; 20(5): 1219-1222.
4. Liese AD, Döring A, Hense HW, Keil U. Five Year Changes in Waist Circumference, Body Mass Index and Obesity in Augsburg, Germany. *European Journal of Nutrition*, 2001, v. 40, n. 6.
5. Silva, ACP et al. Comportamento alimentar e perfil socioeconômico de universitários integrantes de um projeto de atenção em saúde na cidade de Belém (PA). 10ª Jornada de Extensão Universitária. 589-597, dez. 2007.
6. Conde WL, Monteiro CA. Body Mass Index Cutoff Points for Evaluation of Nutritional Status in Brazilian Children and Adolescents. *Jornal de Pediatria*, 2006; 82(4): 266-72.
7. Kakeshita IS. Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros. Tese, 2008. Pós-Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP). Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-25052008-170240/?C=M;O=A>. Acessado em: 07 set. 2008.
8. Murarole MB. Estudo da fidedignidade teste-reteste de uma escala de silhuetas brasileira para adolescentes [Trabalho de Conclusão de Curso]. Ribeirão Preto: Curso de Nutrição, Universidade de Ribeirão Preto, 2011.
9. World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry – Report of a WHO Expert Committee – WHO Technical Report Series 854, Geneva, 1995.
10. Dos Anjos LA, Wahrlich V. Avaliação antropométrica. In: Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA, editores. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio, 2011, p. 55-72.
11. Morgado FFR et al. Analysis of the Body Image Assessment Protocols Published in Brazil. *Fiep Bulletin (Special Edition)*. 2008; 78: 12-5.



9 Perspectivas

Fernando Augusto Proietti | César Coelho Xavier
Waleska Teixeira Caiaffa

Mais da metade da população mundial vive em cidades, e a população urbana cresce 2% ao ano. Ao longo das próximas três décadas, estima-se que mais dois bilhões de pessoas passarão a viver em áreas urbanas; uma parte significativa delas viverá em áreas vulneráveis ou favelas.

Enquanto as cidades podem oferecer cenários e oportunidades positivas, fatores múltiplos como a frágil organização social, precária infraestrutura urbana e de trabalho, falta de governança, de oportunidades e de capacitação para o desenvolvimento de políticas públicas adequadas, impactam de forma adversa à saúde das populações urbanas.

A urbanização tem implicações importantes para a saúde. Dessa forma, demanda que as cidades disponham de informações atualizadas e relevantes sobre a saúde de sua população, interligada com informações demográficas, socioeconômicas, culturais, ambientais, entre outras. Assim, mecanismos para monitorar a saúde e a equidade nos ambientes urbanos representam ferramentas essenciais para orientar as intervenções de saúde locais, a alocação de recursos, de cuidados e decisões de planejamento. A integração de ações nos sistemas existentes em ambos os setores da saúde e

não saúde (por exemplo, planejamento urbano, desenvolvimento, transporte e comércio) pode incrementar o impacto positivo e a sustentabilidade das políticas urbanas.

O desafio para a comunidade científica é gerar e comunicar esse conhecimento, objetivando subsidiar decisões políticas referenciadas nas realidades do ambiente urbano. Assim, este livro foi organizado para compartilhar os desafios e os resultados de um inquérito de saúde populacional. Entendemos que as informações nele contidas poderão contribuir para o avanço do conhecimento em saúde urbana, gerar novas perguntas e propostas para a elaboração de políticas públicas mais efetivas e estratégias para alcançar a equidade em saúde nos centros urbanos.

Saúde urbana em Belo Horizonte representa o esforço para sintetizar os principais fatores que afetam a situação de saúde de uma população vivendo em uma área urbana complexa e em processo de urbanização acelerada. Uma cidade-capital com pouco mais de 100 anos e 2,5 milhões de habitantes, planejada no final do século XIX, para abrigar 200 mil habitantes.

Muitas são as perspectivas advindas dessa iniciativa que representou o esforço conjunto de diversos especialistas que participaram do desenho, condução e análise do Estudo Saúde em Beagá. Considerando a formação de recursos humanos, diversos alunos de graduação, mestrado, e doutorado se envolveram e/ou estão envolvidos com o estudo desde seu início, desenvolvendo seus temas de dissertação e tese utilizando as informações obtidas.

Recentemente, ao Estudo Saúde em Beagá foram agregadas as informações do “Observação social sistemática: aplicação da observação direta das condições físicas e sociais da vizinhança”. Na perspectiva de uma observação direta da “vizinhança” dos participantes do inquérito apresentado e tendo como modelo a observação social sistemática, conduzida nos mesmos setores censitários do inquérito, esse estudo acrescentará um novo nível hierárquico de complexidade, contribuindo para melhor entendimento das associações dos determinantes sociais e eventos relacionados à saúde dos participantes do Estudo Saúde em Beagá.

Esperamos que o texto contribua para o avanço na compreensão da ocorrência dos eventos relacionados à saúde e seus múltiplos determinantes, individuais e contextuais, associados ao viver em áreas urbanas complexas, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade e desigualdades intraurbanas.

Desejamos também que este livro seja fonte de inspiração para a condução de estudos semelhantes em outras cidades no Brasil e nas Américas e que as informações disponibilizadas contribuam para o melhor entendimento da saúde das populações urbanas.

Reiteramos nosso agradecimentos às instituições, aos participantes e a todos aqueles que trabalharam para o Estudo Saúde em Beagá e para a consolidação da Saúde Urbana.







Sobre os autores

Adriana Lúcia Meirelles

Nutricionista, mestre e doutora em Saúde Pública

Aline Dayrell Ferreira Sales

Nutricionista, mestre e doutora em Saúde Pública

Amanda Cristina Souza Andrade

Estatística, mestre em Ciências da Saúde, doutoranda em Saúde Pública

Amélia Augusta de Lima Friche

Fonoaudióloga, mestre e doutora em Saúde Pública

Celeste de Souza Rodrigues

Médica, mestre e doutora em Saúde Pública

César Coelho Xavier

Médico, mestre e doutor em Pediatria

Cibele Comini César

Estatística, mestre em Estatística e doutora em Demografia

Cynthia Graciane Carvalho Ramos

Nutricionista, mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente

Elaine Leandro Machado

Psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública

Eulilian Dias de Freitas

Fisioterapeuta, mestre em Saúde e Enfermagem, doutora em Saúde Pública/Epidemiologia

Fernando Augusto Proietti

Médico, mestre em Epidemiologia das Doenças Parasitárias, doutor em Epidemiologia

Janaina Lavalli Goston

Nutricionista, especialista em Nutrição Esportiva e em Fisiologia do Exercício, mestre em Ciência de Alimentos, doutora em Saúde Pública

Marcela Guimarães Côrtes

Fonoaudióloga, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, doutoranda em Saúde Pública

Maria Angélica de Salles Dias

Médica, especialista em Epidemiologia em Serviços de Saúde, mestre e doutoranda em Saúde Pública

Michelle Ralil da Costa

Psicóloga, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

Mery Natali Silva Abreu

Estatística, mestre e doutora em Saúde Pública

Vitor Passos Camargos

Estatístico, mestre em Saúde Pública

Waleska Teixeira Caiaffa

Médica, mestre em Saúde Pública, Saúde Internacional e Epidemiologia, doutora em Parasitologia



Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte - OSUBH

Coordenação

César Coelho Xavier
Fernando Augusto Proietti
Waleska Teixeira Caiaffa

Subcoordenação

Amélia Augusta de Lima Friche
Maria Angélica de Salles Dias

Estudo Saúde em Beagá

Coordenadores dos Projetos

Waleska Teixeira Caiaffa (Projeto Move-se BH)
Fernando Proietti (Determinantes Sociais da Saúde)
César Coelho Xavier (Bem-estar dos Adolescentes)

Coordenadores de Campo

Aline Dayrel Ferreira Sales
Mery Natali Silva Abreu

Supervisores de Campo

Adriana Lúcia Meireles
Eulilian Dias de Freitas

Supervisores Técnicos

Vitor Passos Camargos
Charles Ferreira

Pesquisadores colaboradores

Aline Cristine de Sousa Lopes
Amélia Augusta Lima Friche
Cibele Comini César
Clareci Silva Cardoso
Cláudia di Lorenzo Oliveira
Elaine Leandro Machado
Fabiane Ribeiro Ferreira
Janaína Lavalli Goston

Financiamento

CNPq (409688/2006-1)

FAPEMIG (CDS APQ 00677-08)

Fundo Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (FNS 25000.102984/2006-97)

National Institute of Health and Fogarty International Center, projeto coordenado pela Dra. Ana V. Diez-Roux (nº 1R03TY008105-01).

O delineamento, os instrumentos, a coleta e análise dos dados do Estudo Saúde em Beagá foram realizados pela equipe do OSUBH, sob coordenação dos professores Waleska Teixeira Caiaffa, Fernando Augusto Proietti e César Coelho Xavier.







Este livro apresenta a síntese do Estudo Saúde em Beagá, uma pesquisa que vincula a necessidade de estudos e tecnologias para questões de saúde pública e saúde urbana em relação à tendência mundial de urbanização e precarização do meio urbano e da qualidade de vida dos moradores das cidades nos países em desenvolvimento.

Realizado em dois distritos sanitários de Belo Horizonte, pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte da Universidade Federal de Minas Gerais (OSUBH/UFGM), o estudo aborda questões relevantes da saúde, tais como bem-estar, estilos e qualidade de vida, autopercepção da saúde, percepção do local de moradia relacionada à violência, entre outros. Os resultados contribuem para compreender e subsidiar estratégias de prevenção e promoção de vida saudável nas grandes cidades, sendo de relevância especial para os moradores de Belo Horizonte.

30 ANOS
EDITORAufmg

Venda proibida
Distribuição gratuita

ISBN 978-85-423-0084-0



9 788542 300840



OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA
DE BELO HORIZONTE
UFMG/2005/SPBH

