

CLEBER CREMONESE

**OS EFEITOS DE ASPECTOS CONTEXTUAIS E INDIVIDUAIS NA
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, EM ADULTOS DE SÃO LEOPOLDO - RS**

São Leopoldo, RS.
2009

CLEBER CREMONESE

**OS EFEITOS DE ASPECTOS CONTEXTUAIS E INDIVIDUAIS NA
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, EM ADULTOS DE SÃO LEOPOLDO - RS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Orientador: Prof. Marcos Pascoal Pattussi, PhD

São Leopoldo, RS.
2009

Ficha Catalográfica

C915e Cremonese, Cleber
Os efeitos de aspectos contextuais e individuais na
autopercepção de saúde, em adultos de São Leopoldo – RS / por
Cleber Cremonese
76 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São
Leopoldo, RS, 2009.

“Orientação: Prof. PhD. Marcos Pascoal Pattussi, Ciências da
Saúde”.

1. Saúde – Adulto. 2. Autopercepção – Saúde – Adulto. 3.
Saúde - Adulto – São Leopoldo. 4. Meio social. I. Título.

CDU 613.97(816.5)

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB 10/1790

“Não existe alguém que nunca teve um professor na vida, assim como não há ninguém que nunca tenha tido um aluno.

Se existem analfabetos, provavelmente não é por vontade dos professores.

Se existem letrados, é porque um dia tiveram seus professores.
Se existem grandes sábios, é porque transcenderam suas funções de professores.

Quanto mais se aprende, mais se quer ensinar.
Quanto mais se ensina, mais se quer aprender.”

Içami Tiba

SUMÁRIO GERAL

PROJETO DE PESQUISA.....	2
RELATÓRIO DE CAMPO	37
ARTIGO CIENTÍFICO.....	Erro! Indicador não definido.
ANEXOS	50

Projeto de Pesquisa

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Construção E Categorização Das Variáveis Utilizadas No Estudo.....	28
Figura 1 – Modelo Teórico Hierarquizado De Análise Para Autopercepção De Saúde.	30
Quadro 2 – Custos Necessários Para A Execução Do Projeto.	31
Quadro 3 – Cronograma Proposto Para A Realização Do Programa De Mestrado.	32

SUMÁRIO DO PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	3
1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
2.1 Aspectos contextuais e autopercepção de saúde	8
2.1.1 Conceituação de vizinhança	10
2.1.2 Aspectos individuais e Autopercepção de Saúde	10
2.1.3 Fatores demográficos.....	11
2.1.4 Fatores comportamentais.....	12
2.1.5 Fatores socioeconômicos.....	13
2.1.6 Fatores psicossociais	14
2.2 SF36 e SF12- Aferição da autopercepção de saúde	14
2.3 Conceituação de Análise Multinível.....	16
3 JUSTIFICATIVA	17
4 OBJETIVOS E HIPÓTESES	18
4.1 Objetivo Geral	18
4.2 Objetivos Específicos.....	18
4.3 Hipóteses.....	18
5 METODOLOGIA.....	19
5.1 Identificação do projeto	19
5.2 Delineamento.....	19
5.3 Características locais.....	19
5.4 Seleção da amostra	20
5.5 Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	21
5.6 Tamanho da amostra	21
5.7 Estudo piloto	22
5.8 Instrumentos	22
5.9 Variáveis.....	23
5.9.1 Variável Dependente	23
5.9.2 Variáveis Independentes.....	23
5.9.2.1 Variáveis Sociodemográficas do Setor.....	24
5.9.2.2 Variáveis de Infraestrutura do Setor.....	24

5.2.2.3 Variáveis Demográficas Individuais	24
5.9.2.4 Variáveis Socioeconômicas Individuais	25
5.9.2.5 Variáveis Psicossociais Individuais	25
5.9.2.6 Variáveis Comportamentais Individuais	26
5.10 Logística do estudo	28
5.11 Controle de qualidade	29
5.12 Análise dos dados.....	29
5.13 Aspectos éticos	31
5.14 Orçamento	31
5.15 Cronograma	32
6 REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem ocorrido um crescente interesse em entender como a sociedade e as diferentes formas de organizações sociais influenciam à saúde e o estado de bem estar de indivíduos e grupos (STANSFELD *et al.*, 1998; KRIEGER, 2001). Neste sentido a epidemiologia social, a qual estuda os determinantes de saúde, doença e bem estar de populações, busca responder a estas questões, pouco abordadas dentro da epidemiologia tradicional. Os determinantes sociais são entendidos como as características e mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde (BERKMAN, 2000).

As ciências sociais em conjunto com a epidemiologia têm buscado entender as relações entre os indivíduos e os contextos em que eles vivem. Existem evidências de que a saúde individual varia entre diferentes contextos e que, muitas medidas do nível individual, são fortemente condicionadas por processos sociais que operam no nível do grupo (DIEZ-ROUX, 1998).

Estas variações têm sido questionadas, pois poderiam ser determinadas por fenômenos que atuam em níveis ecológicos (características contextuais comuns a um conjunto de pessoas) ou apenas por efeitos composicionais (informações individuais que compõem o conjunto de características do indivíduo) (DIEZ-ROUX, 2000).

A influência dos fatores contextuais e as características do ambiente físico e social, podem ser importantes na determinação da saúde e dos comportamentos de indivíduos e grupos. Por exemplo, qualquer pessoa, seja ela rica ou pobre, que viva em uma área não poluída, com clima agradável e com fácil acesso ao sistema de saúde, poderá ter uma maior expectativa de vida (MACINTYRE *et al.*, 2002; KAWACHI e SUBRAMANIAN, 2007; SANTOS *et al.*, 2007).

Assim, as condições físicas da vizinhança, a disponibilidade de ambientes saudáveis de moradia e áreas de lazer (por exemplo, residências com boa estrutura, áreas seguras de lazer para crianças e adultos), serviços públicos ou privados que deem suporte às atividades diárias (por exemplo, educação, transporte, limpeza urbana), recursos sócio-culturais da localidade (por exemplo, história política, grau de integração da comunidade), e a reputação de uma área (por exemplo, como a área é percebida pelos seus residentes e pelos administradores públicos), estão diretamente associadas à saúde dos moradores que residem no local (MACINTYRE *et al.*, 2002).

O estado mental e físico dos indivíduos sofre influência do meio social e ambiental. A autopercepção deste estado é importante porque pode ser vista como um método rápido e simples de coletar informações sobre a saúde das pessoas. Sendo ideal para intervenções coletivas, útil para o planejamento, implementações e acompanhamento de ações/programas de saúde (IDLER e ANGEL, 1990; HEISTARO *et al.*, 2001).

Além de refletir a percepção de saúde e avaliar o estado físico e mental, a autopercepção de saúde, também engloba muitos aspectos de estilo de vida das pessoas que interferem no estado de saúde, tais como, atividade física, ou a falta dela, tipo de alimentação, hábito de fumar e ingestão de bebidas alcoólicas, aspectos que precisam ser considerados, pois interferem na saúde dos indivíduos (MANOR, 2001). Fatores socioeconômicos e demográficos também refletem na autopercepção de saúde, e tem a capacidade de influenciar no julgamento do estado de saúde (IDLER e BENYAMINI, 1997).

Uma das mais frequentes medidas utilizadas na autopercepção de saúde é uma única pergunta às pessoas sobre seu estado de saúde, dentro de uma escala que varia de excelente a ruim. Muitos estudos têm mostrado que esta simples pergunta é um forte preditor de futuro sobre morbidade e mortalidade, mesmo após o controle para variáveis físicas, sociais e psicossociais (MOSSEY e SHAPIRO, 1982; KAPLAN e CAMACHO, 1983; IDLER e ANGEL, 1990; IDLER e BENYAMINI, 1997; HEISTARO *et al.*, 2001).

Este estudo tem como objetivo principal investigar os efeitos de aspectos contextuais e individuais na autopercepção de saúde em adultos residentes no município de São Leopoldo/RS.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Aspectos contextuais e autopercepção de saúde

As relações entre os indivíduos e o contexto em que estes estão inseridos, vêm sendo estudadas tanto nas ciências sociais quanto na epidemiologia. Tem sido questionado se as variações em nível de saúde são determinadas por eventos que atuam em níveis ecológicos (as características contextuais comuns a um conjunto de pessoas) ou apenas por efeitos composicionais (informações individuais que compõem o conjunto de características do indivíduo) (DIEZ-ROUX, 2000).

Diez-Roux (2007) afirma que informações a nível individual são insuficientes para se identificar importantes determinantes de doenças e que as características físicas e sociais da vizinhança afetam a saúde em nível individual. A presença de ambientes de lazer ou de restaurantes *fast food*, por exemplo, podem ter relação direta com o nível de estresse ou a pressão arterial dos indivíduos residentes na área em que estes estabelecimentos se encontram.

Assim, as condições físicas da vizinhança, a disponibilidade de ambientes saudáveis de moradia e áreas de lazer (por exemplo, residências com boa estrutura, áreas seguras de lazer para crianças e adultos), serviços públicos ou privados que deem suporte às atividades diárias (por exemplo, educação, transporte, limpeza urbana), recursos sócio culturais da localidade (por exemplo, história política, grau de integração da comunidade), e a reputação de uma área (por exemplo, como a área é percebida pelos seus residentes e pelos administradores públicos), estão diretamente associadas a saúde dos moradores que residem na área (MACINTYRE *et al.*, 2002).

As características físicas do ambiente, como por exemplo, aparência da área, poluição atmosférica e sonora, serviços de saúde, mercados e saneamento básico podem facilitar ou dificultar o acesso a serviços e a atividades relacionadas à saúde. Problemas de desordem física, que refletem a deterioração do espaço urbano, como lixo acumulado nas ruas, estão associados a piores condições de percepção de saúde (COHEN *et al.*, 2003).

A autopercepção de saúde de pessoas que moram em uma mesma área e que dividem condições de infra-estrutura, provavelmente sejam muito parecidas, existindo um potencial efeito do contexto sobre os indivíduos (COHEN *et al.*, 2003).

A habitação se constitui em um espaço de construção e desenvolvimento de saúde, do ponto de vista do ambiente como determinante. O conhecimento das condições do meio pertinente à saúde, como saneamento e moradia, são essenciais no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades (COHEN, 2004).

Serviços de saneamento são importantes para proteger à saúde da população, minimizar as consequências da pobreza e proteger o meio ambiente, porém, mesmo sabendo-se de tal importância para a saúde pública e individual, existem muitos locais onde se verificam irregularidades quanto ao abastecimento público de água, esgotos sanitários e coleta de resíduos sólidos (CATAPRETA, 1999; REGO, 2002).

Os resíduos sólidos urbanos (RSU), constituem uma preocupação ambiental mundial. A geração de RSU, proporcional ao crescimento populacional, suscita uma maior demanda por serviços de coleta pública e esses resíduos, se não coletados e tratados adequadamente, provocam efeitos diretos e indiretos na saúde, além da degradação ambiental (REGO, 2002). No Brasil, cerca de 80% dos domicílios particulares permanentes, possuem coleta de lixo (IBGE, 2002). No entanto, é reconhecido que são poucas as informações relacionadas aos efeitos dos resíduos sólidos sobre a saúde humana (CATAPRETA, 1999).

A carência de infraestrutura sanitária é responsável pela alta morbidade e por um grande número de mortes evitáveis a cada ano (TEIXEIRA, 2006). A Organização Mundial de Saúde (2008), define saneamento como o "controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem efeitos deletérios sobre o seu bem estar físico, mental ou social".

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), 2,4 bilhões de pessoas (quase 1/3 da população do planeta) não vivem em condições aceitáveis de saneamento, enquanto 1,1 bilhão de pessoas não têm acesso a um adequado abastecimento de água.

No Brasil, 36,1% dos domicílios não são abastecidos de água por rede geral, 7,2% do volume de água distribuída não recebe tratamento e 47,8% dos municípios não contam com serviço de esgotamento sanitário (IBGE, 2002).

No Rio Grande do Sul, quanto a infraestrutura, 86,40% dos domicílios particulares permanentes possuem um sistema de coleta de lixo e de abastecimento de água por rede geral. Por outro lado, em relação ao esgotamento, os domicílios particulares permanentes que apresentam um sistema de lixo coletado e banheiros ou sanitários via rede geral de esgoto ou pluvial, correspondem, apenas, a 16,80% do total de casas do estado (IBGE, 2003).

2.1.1 Conceituação de vizinhança

Vizinhança (*neighborhood*, em inglês) poderia ser definida como uma construção espacial que representa uma unidade geográfica, cujos residentes dividem proximidades e características comuns. É uma subunidade de uma área maior e é usualmente, mas não exclusivamente, residencial. No contexto urbano, a vizinhança seria de fato, frequentemente, considerada como a unidade primordial de solidariedade, real ou potencial, e de coesão social (KAWACHI e SUBRAMANIAN, 2007; SANTOS *et al.*, 2007).

A vizinhança, do ponto de vista econômico, político, e como sistema social, implica a existência de limites e de associações que a definem e a diferenciam do seu entorno. Mesmo que os indivíduos não percebam suas ligações interpessoais, esta relação pode ser identificada nos limites de unidades de vizinhança (SANTOS *et al.*, 2007).

As características de uma área não resultam simplesmente da localização geográfica, mas sim de características físicas e sociais, como comportamentos, posição socioeconômica, estrutura do local, serviços públicos, tendo isto, implicações importantes na saúde dos moradores desta área (DIEZ-ROUX, 2007).

2.1.2 Aspectos individuais e Autopercepção de Saúde

Estudos demonstram que a autopercepção de saúde está diretamente relacionada com a saúde das pessoas: alguns fatores são biológicos ou estão sob maior controle do indivíduo, outros, de abrangência coletiva, são dependentes das condições políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais existentes, assim como de políticas públicas de saúde e extrassetoriais (DACHS, 2006; IDLER e ANGEL, 1990; BOBAK *et al.*, 1998; SANTOS *et al.*, 2007).

A autopercepção do estado de saúde é uma medida que contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, estando associada com mortalidade, ou seja; as pessoas que relatam a sua saúde como sendo pobre, apresentam maior risco de morte por todas as causas, em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente, existindo forte associação com o estado real de saúde das pessoas (IDLER e BENYAMINI, 1997; ALVES e RODRIGUES, 2005).

As características demográficas, comportamentais, psicossociais e socioeconômicas interferem diretamente no julgamento do estado de saúde, refletindo nas condições reais em que um indivíduo se encontra em relação a sua saúde (WARE *et al.*, 1998; KASMEL *et al.*, 2004).

2.1.3 Fatores demográficos

Estudos apontam uma forte associação entre a autopercepção do estado de saúde com as características demográficas, tendo se revelado um melhor preditor de mortalidade do que diversas medidas objetivas do estado de saúde (IDLER e BENYAMINI, 1997; KLUMBIENE *et al.*, 2004; ALVES e RODRIGUES, 2005).

Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD/2003, apontou que as mulheres tendem a ter uma prevalência maior na autopercepção de saúde ruim em relação aos homens (DACHS, 2006). As mulheres percebem seu estado de saúde de forma diferente em relação aos homens, e além de cuidar de si própria, elas têm uma responsabilidade e possuem influência em cuidar dos membros de sua família. Suas melhores condições físicas e mentais, levam a acreditar, que isto beneficiará sua família e consequentemente a sociedade (MEADOWS *et al.*, 2001).

A relação entre o estado físico e mental, o qual as pessoas se classificam e a idade em que elas se encontram, também é um fator de grande importância, quando se estuda a autopercepção de saúde. Diversas investigações apontam que a percepção da saúde prediz, consistentemente, a mortalidade e o declínio funcional em idosos (IDLER e BENYAMINI, 1997; SUBRAMANIAN *et al.*, 2006).

Um estudo transversal, realizado em Hong Kong, em 1995, com pessoas em idade de 65 anos ou mais, apontou que conforme aumenta a idade dos indivíduos, pior é o relato sobre o estado de saúde (CHENG *et al.*, 2002).

Também foi encontrado um resultado semelhante na cidade de São Paulo, no qual foram entrevistados 2.125 com idade igual ou maior que 60 anos em um estudo utilizando dados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), que é um estudo epidemiológico transversal, de base populacional, domiciliar, realizado em sete países da América Latina e Caribe, sob a coordenação da Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS), onde conforme aumentou a idade das pessoas, também aumentou a prevalência de autopercepção de saúde ruim (ALVES e RODRIGUES, 2005).

Em relação ao estado civil, é observado que pessoas casadas têm melhor autopercepção de saúde que aquelas pessoas com outros estados civis. A união tem um grande efeito nos comportamentos que comprometem a saúde, sendo assim, ocorre associação entre ser casado e consumir quantidades moderada de álcool ou não ter o hábito de fumar (MONDEN *et al.*, 2003; KASMEL *et al.*, 2004).

Subramanian (2006) apontou, em um estudo transversal, realizado nos Estados Unidos, com adultos dos 50 estados americanos, que a chance de uma pessoa da raça negra avaliar sua saúde como sendo ruim, era cerca de 34% maior do que uma pessoa da raça branca.

2.1.4 Fatores comportamentais

Fatores comportamentais possuem uma forte associação com o estado de percepção de saúde das pessoas e muitos estudos apontam, principalmente, associação entre sedentarismo, hábito de fumar e de ingestão de bebidas alcoólicas com o desfecho (BOBAK, *et al.*, 1998; REIJNEVELD, 2002; KASMEL, *et al.*, 2004).

Um estudo transversal realizado em quatro países europeus (Finlândia, Estônia, Lituânia e Letônia) em 1998, com o objetivo de investigar a associação entre os fatores comportamentais e autopercepção de saúde, apontou que pessoas com hábitos de fumar, de ingerir bebidas alcoólicas e com pobre ingestão de legumes ou verduras, principalmente na Finlândia, possuem uma percepção de saúde inferior aos que apresentam estas características postas (KASMEL *et al.*, 2004).

Reijneveld (2002), em um estudo com dados secundários de 23.269 residências holandesas, com pessoas maiores de 16 anos, encontrou forte associação entre o hábito de fumar e autopercepção de saúde, onde pessoas não fumantes classificaram sua saúde como sendo quase duas vezes melhor do que as fumantes.

Bize (2007), em um estudo de revisão sistemática sobre atividade física e autopercepção de saúde, analisou 55 estudos com diferentes delineamentos, tendo a maioria utilizado o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF36 -

questionário de avaliação genérica de saúde), para a coleta de dados sobre percepção de saúde e os resultados mostraram que existia uma associação positiva entre o nível elevado de atividade física e a boa saúde percebida.

2.1.5 Fatores socioeconômicos

A posição socioeconômica individual é um dos determinantes que mais se destacam quanto a autopercepção de saúde (BOBAK *et al.*, 1998). Um estudo transversal, realizado nos 50 estados americanos, entre 1993 e 1994, com pessoas adultas, apontou uma relação quanto a posição social com a autoavaliação do estado de saúde, sendo as pessoas de classes mais elevadas as mais satisfeitas (KENNEDY *et al.*, 1998).

Um estudo de Monden (2003), utilizou dados secundários de quase 40 mil holandeses, com idade entre 25 e 74 anos e encontrou uma associação inversamente proporcional entre a escolaridade e a autopercepção de saúde, onde pessoas com índices mais baixos de escolaridade classificaram sua saúde como sendo ruim.

Além da educação, um outro fator associado a autopercepção de saúde é a renda familiar. Resultados de estudos demonstram que pessoas com baixa renda, conseqüentemente, pertencentes a uma classe econômica mais baixa, também relatam sua saúde como sendo ruim (CHENG *et al.*, 2002), ou seja, uma renda mais elevada e um nível maior de conhecimento facilitariam o acesso aos serviços de saúde de maior qualidade, refletindo assim, sobre uma melhor percepção de saúde (IDLER e BENYAMINI, 1997).

A relação entre a posição socioeconômica e a saúde percebida, tanto em nível individual quanto populacional, é muito forte. As características de grupos podem ser determinantes na identificação do estado de saúde de um indivíduo, que esteja inserido no contexto(DIEZ-ROUX, 2007).

Segundo um estudo realizado em Chicago (EUA), o qual analisou as influências da estrutura econômica da vizinhança na saúde individual, os resultados indicaram que, quanto mais alto o nível de escolaridade da vizinhança, maior a chance de autoavaliação de saúde melhor, porém a riqueza da vizinhança não exerceu efeitos significativos na autoavaliação de saúde, ocorrendo relação apenas a nível individual (WEN *et al.*, 2003). Portanto, o nível

individual de renda, neste estudo, tem efeito consideravelmente maior na autopercepção de saúde que a riqueza da vizinhança.

2.1.6 Fatores psicossociais

Características psicossociais representam os diversos processos sociais que atuam na organização de uma vizinhança. Capital social (interação social entre os indivíduos ou grupos, que resultam, por exemplo, em confiança e credibilidade), confiança nas pessoas, normas de reciprocidade e participação em organizações voluntárias podem influenciar o nível de percepção de saúde das pessoas (KAWACHI e SUBRAMANIAN, 2007).

O capital social, por exemplo, está associado aos recursos disponíveis nas estruturas sociais. Estes recursos, podem ser físicos, mas também, não-físicos, como reciprocidade e confiança (KENNEDY *et al.*, 1998).

Existe uma forte ligação entre atividades sociais e a saúde mental ou física. As relações sociais podem ter um papel essencial para promovê-las ou mantê-las. O apoio social apresenta uma forte relação com a autopercepção de saúde, onde pessoas que frequentam grupos, em suas comunidades, relatam apresentar melhor saúde (ZIERSCH e BAUM, 2004).

Sabe-se claramente que as condições sociais influenciam no comportamento dos indivíduos e, conseqüentemente no seu estado de saúde. Pessoas socialmente isoladas apresentam comportamentos menos favoráveis à promoção de saúde (BERKMAN, 2000).

O suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental, porém os indivíduos, muitas vezes, não têm igual acesso a este importante recurso. Pessoas nas classes sociais mais baixas são mais isoladas, aparentam receber menos assistência dos outros que aquelas em classes mais altas (KRAUSE, 1997).

2.2 SF36 e SF12- Aferição da autopercepção de saúde

Um dos instrumentos utilizados para medir a qualidade de vida, onde uma das questões se refere à autopercepção de saúde é o SF 36V1 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*). Ele foi criado em 1988, com o objetivo de satisfazer normas

mínimas para comparação de grupos, sendo uma forma genérica de medida, muito utilizado para populações em geral ou específicas (WARE, 1998).

O SF36 é um questionário de avaliação genérica de saúde, traduzido e validado para a língua portuguesa, cujas propriedades de medida, como validade, reprodutibilidade e suscetibilidade a alterações, já foram demonstradas em outros trabalhos. Sua adequação às condições socioeconômicas e culturais de nossa população, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, tornam este instrumento um parâmetro adicional útil, o qual, pode ser utilizado em nível de pesquisa ou em nível assistencial (CICONELLI *et al.*, 1998).

Este instrumento é uma medida de estado de saúde, largamente usado no mundo (HAWTHORNE *et al.*, 2007), composto por 36 itens, divididos em 8 escalas, os quais foram selecionadas a partir de 40 conceitos incluídos no *Medical Outcomes Study* (MOS), e que avaliam as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem estar) (CICONELLI *et al.*, 1998). As oito escalas podem ser agrupadas em duas medidas resumidas: saúde física e saúde mental e apresenta um escore final de 0 a 100, no qual, zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100, a melhor estado de saúde (WARE, 1994; HAWTHORNE *et al.*, 2007).

O SF 12 é uma versão reduzida do SF36 criado em 1994 e possui como grande vantagem sobre este, por ser aplicado em apenas 2 minutos (WARE *et al.*, 1996). Como o SF 36 ele é uma medida genérica, sem especificidade para idade, doença ou grupo. Foi desenvolvido para ser uma forma mais curta, ainda válida, contendo uma ou duas perguntas de cada uma das oito escalas encontradas no SF36 (WARE *et al.*, 1996).

Esta medida tem demonstrado poder discriminatório entre sujeitos com diferentes condições de saúde e entre sujeitos com diferentes níveis de severidade da mesma condição. Composto por 12 itens, que medem um recordatório de 4 semanas, divididos em oito escalas, que avaliam as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos

físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem estar), os quais criam dois componentes gerais: um componente físico e um componente mental, apresentando um escore final de 0 a 100, sendo que, 0 corresponde a pior estado geral de saúde e 100, a melhor estado geral de saúde (WARE, 2005).

O método de medida usado no SF12, segue as recomendações usadas na validação de estudos psicológicos da Associação Americana de Psicologia, da Associação Americana de Investigação Educacional e do Conselho Nacional de Medidas em Educação (WARE, 2005).

O instrumento tem sido traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (CICONELLI *et al.*, 1998).

2.3 Conceituação de Análise Multinível

Análise multinível, desenvolvida nas ciências sociais, é uma técnica estatística a qual permite investigar, simultaneamente, informações de diferentes níveis, como por exemplo, características do nível individual (escolaridade, sexo e idade) e de grupo (características da vizinhança, da cidade, da escola) (DIEZ-ROUX, 1998; MACINTYRE *et al.*, 2002).

Esta forma de análise permite distinguir efeitos contextuais (entre grupos) e efeitos composicionais (intragrupos). Tanto as variações entre indivíduos quanto entre grupos, podem ser verificadas, assim como a contribuição das variáveis individuais ou contextuais para esta variação (DIEZ ROUX, 2002).

As análises de múltiplos níveis hierárquicos são as mais indicadas para se medir e avaliar a importância das características do contexto e dos fatores individuais na saúde. Elas permitem uma análise mais clara das contribuições de cada nível e diminuem a inferência incorreta dos efeitos das características da vizinhança (MACINTYRE *et al.*, 2002; KAWACHI e SUBRAMANIAN, 2007; SANTOS *et al.*, 2007).

3 JUSTIFICATIVA

Análises multiníveis permitem avaliar tanto variações entre indivíduos, quanto entre grupos e a contribuição de cada um desses níveis no desfecho de interesse. A associação entre a autopercepção de saúde, com características individuais e contextuais do local de moradia (vizinhança), ainda é um tema pouco estudado no Brasil (SANTOS *et al.*, 2007).

O SF12, utilizado para a coleta dos dados sobre autopercepção de saúde no presente estudo, tem sido traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (CICONELLI *et al.*, 1998). Ele é simples de ser aplicado e estudos de base populacional, investigando autopercepção de saúde e fatores associados através do uso deste instrumento, ainda não foram realizados no Brasil .

O presente estudo permitirá maior entendimento da influência dos aspectos contextuais na saúde dos indivíduos e poderá contribuir com informações sobre a associação entre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e de infraestrutura na autopercepção de saúde.

Os resultados deste estudo poderão dar suporte no desenvolvimento da promoção de saúde, auxiliando no planejamento e na avaliação de políticas públicas.

4 OBJETIVOS E HIPÓTESES

4.1 Objetivo Geral

Investigar os efeitos de aspectos contextuais e individuais na autopercepção de saúde em adultos residentes no município de São Leopoldo/RS.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características demográficas, socioeconômicas, psicossociais e comportamentais em adultos residentes no município de São Leopoldo;
- b) Descrever as características de infraestrutura local (rede de esgoto, coleta de lixo e água tratada);
- c) Testar a associação entre aspectos sociais e psicossociais na autopercepção de saúde;
- d) Testar a associação entre aspectos contextuais na autopercepção de saúde.

4.3 Hipóteses

- a) Pessoas com aspectos socioeconômicos, psicossociais, e comportamentais desfavoráveis possuem uma maior prevalência de autopercepção de saúde ruim.
- b) Pessoas residindo em áreas com aspectos contextuais desfavoráveis (sem coleta de lixo adequada, sem rede de esgoto, sem abastecimento de água tratada, com baixa renda e baixo nível de educação) possuem uma prevalência maior de autopercepção de saúde ruim.

5 METODOLOGIA

5.1 Identificação do projeto

Esta investigação faz parte de um estudo sobre capital social na cidade de São Leopoldo, intitulado “Um estudo exploratório de capital social em São Leopoldo (RS)”, iniciado em 2005 e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Proc. 478503/2004-0), Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) (Proc. 0415621) e Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS (PP 0320). O projeto teve como objetivo principal explorar e aprofundar o conceito de capital social na população de São Leopoldo (RS).

5.2 Delineamento

Estudo transversal de base populacional, com uma amostra representativa de adultos, moradores da zona urbana do município de São Leopoldo- RS.

5.3 Características locais

A cidade de São Leopoldo fica situada na Região do Vale do Rio dos Sinos, no Estado do Rio Grande do Sul. No último censo demográfico, em 2000, possuía uma população igual a 193.547 habitantes, sendo 98.781 mulheres (51,07%) e 94.766 (48,93%) homens.

Quanto à infraestrutura, 94,43% dos domicílios particulares permanentes possuem um sistema de coleta de lixo e de abastecimento de água por rede geral, porém em relação ao esgotamento, os domicílios particulares permanentes que apresentam um sistema de lixo coletado e banheiros ou sanitários via rede geral de esgoto ou pluvial correspondem apenas a 17,90% do total das casas do município (IBGE, 2003).

A população de estudo foi composta pelos responsáveis de domicílios da área urbana da cidade de São Leopoldo. O município conta, na sua estrutura de serviços públicos de

saúde, com um hospital geral (Hospital Centenário) e 28 unidades básicas de saúde (IBGE, 2007).

5.4 Seleção da amostra

O município de São Leopoldo possui 272 setores censitários, sendo que destes, dois são classificados como rurais, os quais foram desconsiderados.

A seleção dos setores censitários para a pesquisa foi realizada através de amostragem sistemática.

O procedimento amostral previu o sorteio aleatório de 40 setores censitários, dentre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo. Em cada conglomerado (setor censitário) foi sorteado o quarteirão e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 casas, em cada conglomerado. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão do setor, seguindo sorteio prévio.

Caso houvesse mais domicílios do que o necessário naquele quarteirão era sorteada, aleatoriamente, à esquina, a partir da qual o domicílio era identificado para o início da coleta de dados. O início se dava pela esquerda de quem estivesse de costas para a casa inicial, e mantendo-se o sentido anti-horário, o domicílio seguinte era visitado, e o próximo entrava na seleção.

O reconhecimento dos setores foi realizado com auxílio do coordenador da pesquisa, juntamente com os bolsistas de iniciação científica.

A equipe percorreu os setores desconhecidos pelo coordenador, com a finalidade de identificar se estes possuíam condições de segurança para a realização da pesquisa.

A média de domicílios e de pessoas por setor censitário, no estudo, foi respectivamente de 229,55 e de 745,79, números muito próximos a média de todos os setores do município (214,61 e 703,80).

5.5 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Para a realização da pesquisa, foram recrutados e treinados cerca de 50 estudantes de graduação/UNISINOS.

Para tanto foi confeccionado um manual, o qual apresentava os seguintes conteúdos: objetivos; métodos e importância da pesquisa; informações sobre materiais a serem levados a campo; critérios de inclusão dos participantes no estudo; critérios para sorteio de casas, quando necessário; planilhas dos setores; informações sobre apresentação; instruções gerais para preenchimento do questionário e sobre os cartões de resposta, instruções de codificação dos questionários e chamadas especiais.

O treinamento e a padronização dos entrevistadores ocorreram em encontros realizados posteriormente e durante o período da coleta de dados, com grupos de no máximo 10 pessoas e incluiu as seguintes técnicas: apresentação e discussão dos objetivos, métodos e importância da pesquisa, leitura do manual de instruções, dramatização do questionário e discussão de dúvidas do manual.

5.6 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado com base nos dados do estudo piloto utilizando-se o método para proporções com aleatorização de conglomerados (HSIEH, 1988) e do desfecho autopercepção em saúde. O tamanho foi calculado para obter 85% de poder ($1-\beta=0.85$), para detectar uma diferença de 7% na prevalência de autopercepção de saúde ruim entre áreas com alto e baixo capital social, com um nível de confiança de 95%.

Foram utilizados para este cálculo: prevalências de saúde referida ruim de 13,3% (baixo capital social) e 4,9% (alto capital social); coeficiente de correlação intraclasses igual a 0,05 e um número de 35 domicílios por setor. O tamanho da amostra foi aumentado em 20% no número de domicílios, devido a possíveis perdas e para controlar fatores de confusão na análise dos dados e, em cerca de 10% no número de setores, devido a possíveis perdas, sendo necessário um total de 1512 domicílios em 40 setores censitários.

5.7 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado entre os meses de agosto a novembro de 2005, com 97 pessoas em 10 setores censitários.

Na ocasião, as entrevistas foram realizadas em duplas, objetivando:

- a) Qualificar os entrevistadores (aprimorar as técnicas de entrevista);
- b) Avaliar a qualidade dos instrumentos de coleta de dados (teste da compreensão dos questionários);
- c) Apreciar os métodos e a logística dos trabalhos de campo (tempo de entrevista e de deslocamento);
- d) Obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral a ser utilizado no estudo principal.

Constatou-se que cada entrevista durava, em média, 45 minutos, e que somado a este, o tempo de deslocamento, eram possíveis realizar apenas 2 entrevistas, por entrevistador, em um único turno (manhã e tarde).

O projeto inicial tinha a intenção de entrevistar os chefes dos domicílios, porém, por geralmente se tratarem de homens, os quais, normalmente encontram-se ausentes, no período diurno, durante a semana, acarretava em um grande número de perdas, motivo este, que levou a mudança de critérios, optando-se por entrevistar a pessoa responsável pelo domicílio, no momento da entrevista, desde que este fosse maior de idade.

5.8 Instrumentos

O instrumento de pesquisa foi construído no ano de 2005. Trata-se de um questionário padronizado e pré-testado (Anexo A).

A construção envolveu as seguintes etapas: tradução de inventários, escalas, da língua inglesa para o português, formatação do questionário, visando melhorar a compreensão por parte dos entrevistadores; elaboração de cartões resposta, para facilitar a aplicação dos

questionários, por parte dos entrevistados e elaboração de um manual de instruções aos entrevistadores.

O questionário apresentava questões socioeconômicas (classe social, escolaridade, profissão, renda), demográficas (sexo, cor da pele, idade e estado civil), psicossociais (Distúrbios Psiquiátricos Menores, qualidade de vida, apoio social), comportamentais (hábitos alimentares, consumo de álcool, atividade física, consulta ao médico, hospitalização e morbidades) e autopercepção de saúde (SF-12).

5.9 Variáveis

5.9.1 Variável Dependente

A autopercepção em saúde foi coletada através do SF12 (*Short Form-12*), que é uma medida internacionalmente utilizada para avaliar a qualidade de vida com relação à saúde mental e física.

Trata-se de um instrumento derivado do SF36, de aplicação rápida e simples (apenas 2 minutos), composto por 12 itens, que medem um recordatório de 4 semanas, divididos em 8 escalas, as quais criam dois componentes gerais: um componente físico e um componente mental (WARE *et al.*, 1996)

Dentre as medidas de escala estão: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, as quais criam um escore final de 0 a 100, sendo 0 correspondente a pior estado geral de saúde e 100, a melhor estado geral de saúde (WARE, 2005).

5.9.2 Variáveis Independentes

As exposições ou fatores de risco incluem variáveis do setor censitário e variáveis individuais. As variáveis por setor censitário incluem características sócio-demográficas (renda média do chefe da família, média de anos de estudo do chefe da família e população total do setor) e características de infraestrutura (rede de esgoto, coleta de lixo e água tratada).

As variáveis individuais incluem aspectos demográficos (sexo, idade, cor da pele e estado civil), socioeconômicos (renda familiar e escolaridade), psicossociais (qualidade de vida, apoio social e distúrbios psiquiátricos menores) e variáveis comportamentais (hábito de fumar, atividade física, consumo de álcool, consulta ao médico, hospitalização e morbidades).

5.9.2.1 Variáveis Sociodemográficas do Setor

Os dados das variáveis foram coletados a partir do censo demográfico de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2003). Estas variáveis foram coletadas da seguinte forma: Moradores (ou população residente no setor), média do rendimento nominal mensal dos chefes dos domicílios particulares permanentes (dividindo-se o total do rendimento nominal mensal das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes pelas pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal maior do que zero) e média do número de anos de estudo dos chefes dos domicílios particulares permanentes (dividindo-se o total de anos de estudo das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes pelas pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com número de anos de estudo determinado).

5.9.2.2 Variáveis de Infraestrutura do Setor

Os dados das variáveis foram coletados a partir do censo demográfico de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2003) e incluíam as seguintes informações: Domicílios particulares permanentes com lixo coletado e abastecimento de água da rede geral, domicílios particulares permanentes com lixo coletado, banheiro ou sanitário e esgotamento sanitário via rede geral de esgoto ou pluvial.

5.2.2.3 Variáveis Demográficas Individuais

- a) Sexo: coletada como uma variável dicotômica: masculino e feminino;
- a) Idade: coletada em anos completos. Para análise será categorizada em grupos de 10 anos;

- b) Cor da pele: coletada como uma variável politômica e avaliada através da cor da pele observada pelo entrevistador. Na análise será categorizada em branca e não branca;
- c) Estado Civil: coletado como uma variável politômica nominal em seis categorias (solteiro, casado, em união, divorciado ou separado, viúvo ou outra situação). Na análise serão categorizadas em casado/união, solteiro e outro.

5.9.2.4 Variáveis Socioeconômicas Individuais

- a) Renda familiar: coletada como uma variável contínua para todas as pessoas residentes no domicílio. Também são considerados outros tipos de renda como pensões e aluguéis. Será utilizada a renda familiar em salários mínimos;
- b) Escolaridade: coletada e analisada em anos completos de estudo do entrevistado.

5.9.2.5 Variáveis Psicossociais Individuais

- a) Qualidade de vida: coletado através das seguintes perguntas: “Quão satisfeito você está com sua saúde?”, “Quão satisfeito você está com sua habilidade para desempenhar suas atividades diárias?”, “Quão satisfeito você está com você mesmo?”, “Quão satisfeito você está com seus relacionamentos pessoais?”, “Quão satisfeito você está com as condições de sua moradia?”, “Como você classifica sua qualidade de vida?” e “Você tem energia suficiente para enfrentar seu dia-a-dia?” (POWER, 2003). Posteriormente será separada em quartis, definindo valores baixos e altos;
- b) Apoio social: coletada através da escala de apoio social utilizada no *Medical Outcomes Study* (MOS) (SHERBOURNE e STEWART, 1991). Esta escala é composta por 19 perguntas. Para todas elas, cinco opções de resposta foram apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”). Na análise somam-se todas, tendo como valor mínimo possível zero e valor máximo 76. Posteriormente, será separada em quartis, definindo valores baixos e altos.

5.9.2.6 Variáveis Comportamentais Individuais

- a) Hábito alimentar: Coletada através das seguintes perguntas: “Quantas frutas você come ou copos de suco natural de frutas você toma por dia?”, “Quantas colheres de sopa de verduras ou legumes você come por dia?” e posteriormente categorizada em: baixo consumo - não come, moderado - 1 ou 2 frutas/dia e 1 a 4 colheres de legumes/dia, alto - ≥ 3 frutas/dia e ≥ 5 colheres de legumes/dia;
- b) Hábito de fumar: coletada através da pergunta “Você já fumou ou ainda fuma?”. Será categorizada em 3 categorias (Nunca fumou/Ex-fumante/Fumante atual);
- c) Atividade física: O nível de atividade física dos participantes foi coletado mediante a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-8), o qual é um questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde para avaliação da atividade física em nível mundial e, atualmente, tem sido utilizado em 12 países (MARSHALL, 2001). Ele contém questões sobre a duração e a intensidade de atividade física do indivíduo durante uma semana "habitual", tanto em atividades ocupacionais quanto de locomoção, lazer ou prática esportiva. Para avaliar o nível de atividade física dos participantes, será utilizado como ponto de corte as seguintes categorias: sedentário - não pratica atividade física, ativo irregular - < 150 min/sem, ativo regular - $\geq 150 \leq 999$ min/sem e muito ativo - ≥ 1000 min/sem; (HALLAL, 2004);
- d) Consumo de álcool: coletada através da pergunta “Você costuma beber frequentemente?”. O consumo de bebidas alcoólicas será estabelecido a partir da frequência e quantidade ingerida. A Organização Mundial da Saúde define como consumo moderado de álcool a ingestão de uma dose/dia para mulheres e duas doses/dia para os homens, sendo que a dose padronizada corresponde a uma lata de cerveja ou $\frac{1}{2}$ garrafa de cerveja, um cálice de vinho ou uma dose de bebida destilada (WHO, 2008);
- e) Consulta ao Médico: coletada como uma variável discreta, através da pergunta “Quantas vezes você consultou o médico no último mês?”. Será categorizada em: 0 consultas, 1 consulta e 2 ou mais consultas;
- f) Hospitalização: coletada e analisada como uma variável dicotômica, através da pergunta “Você foi hospitalizado no último mês?”;

- g) Morbidades referidas: Será criado um escore de morbidade utilizando a pergunta: “Algum médico já lhe disse que você tem: doença do coração, colesterol elevado, osteoporose ou diabetes”. Posteriormente, esta variável será categorizada em: Nenhuma morbidade, 1 a 2 morbidades, 3 ou mais morbidades.

VARIÁVEL	FORMA DE COLETA	FORMA DE ANÁLISE
Autopercepção de saúde mental	Escore de 0 – 100	Escore de 0 - 100
Autopercepção de saúde física	Escore de 0 – 100	Escore de 0 - 100
Renda média do chefe da família (Setor)	Em reais	Média do rendimento mensal das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes.
Média de anos de estudo do chefe da família (Setor)	Média de anos de estudo do responsável pelo domicílio	Média do número de anos de estudo das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes.
População do setor	Número de habitantes do setor	Porcentagem de moradores por setor
Coleta de lixo e esgotamento	Porcentagem de Domicílios com Coleta de Lixo e Esgotamento	Número de casas com coleta de lixo e esgotamento
Coleta de lixo e abastecimento de água por rede geral	Porcentagem de domicílios com coleta de lixo e água por rede geral	Número de casas com coleta de lixo e abastecimento de água por rede geral
Sexo	Masculino/Feminino	Masculino/Feminino
Idade	Anos completos	Categorizada em grupos de 10 anos
Cor da pele	Observada pelo entrevistador: (Amarelo, Branco, Negro e Pardo)	Branca/Não Branca
Estado civil	Variável politômica (Solteiro, casado, em união, divorciado ou separado, viúvo e outra situação)	Casado ou união/solteiro/outro
Renda familiar	Em salários mínimos	Baixo (<P25%)/Moderado (≥P25% - ≤P75%)/Alto (>P75%)
Escolaridade do entrevistado	Anos completos de estudo	Baixo (<P25%)/Moderado (≥P25% - ≤P75%)/Alto (>P75%)
Qualidade de vida	Escore de 0 - 32	Baixo (<P25%)/Moderado (≥P25% - ≤P75%)/Alto (>P75%)
Apoio social	Escore de 0 - 67	Baixo (<P25%)/Moderado (≥P25% - ≤P75%)/Alto (>P75%)
Hábito alimentar	Perguntas específicas do questionário	baixo consumo - não come, moderado - 1 ou 2 frutas/dia e 1 a 4 colheres de legumes/dia, alto - ≥3 frutas/dia e ≥5 colheres de legumes/dia Adequados/Inadequados

Hábito de fumar	Não Fumante/Ex Fumante	Fumante/Ex Fumante
Atividade física	Minutos por semana	Sedentário, ativo irregular, ativo regular e muito ativo
Consumo de álcool	Unidades de álcool por semana	♂ ≥ 15 UA/sem - ♀ ≥ 8 UA/sem
Consulta ao médico	Em número de consultas no último mês.	0 consulta/1 consulta/2 ou mais consultas
Hospitalização	Sim ou não	Sim/Não
Morbidades	Somatório do número de doenças	0 morbidade/1 ou 2 morbidades/3 ou mais morbidades

Quadro 1 – Construção e categorização das variáveis utilizadas no estudo.

5.10 Logística do estudo

A logística dos trabalhos de campo envolveu uma série de etapas descritas a seguir:

- a) Seleção aleatória dos setores censitários;
- b) Seleção aleatória dos quarteirões;
- c) Definição dos instrumentos;
- d) Treinamento, capacitação e padronização da equipe responsável pela coleta de dados;
- e) Estudo piloto com adultos não selecionados;
- f) Coleta de dados principal, através de visitas domiciliares;
- g) Retorno até três vezes nos domicílios, cujos responsáveis não se encontravam ou recusavam participar.
- h) Reuniões regulares realizadas com os supervisores de campo (bolsistas), com o objetivo de discutir erros de codificação e assim corrigir os questionários;
- i) Codificação e revisão diária dos questionários;
- j) Dupla entrada dos dados;
- k) Limpeza e análise dos dados.

5.11 Controle de qualidade

Para o controle de qualidade, elaborou-se um questionário simplificado com perguntas sem ou com pequena variação em relação ao tempo. Participaram do estudo cerca de 10% da amostra (n=103), sendo as entrevistas realizadas por telefone ao longo dos trabalhos de campo.

5.12 Análise dos dados

A entrada de dados foi realizada no programa Epi-Info 6.0, duas vezes, de modo a possibilitar a posterior comparação do banco de dados evitando-se assim possíveis erros de digitação. A partir do banco do IBGE – Censo demográfico 2000 (IBGE, 2003), para a cidade de São Leopoldo, foi feita uma eliminação dos setores os quais não faziam parte da pesquisa. Em seguida, as variáveis do banco original e do banco do IBGE foram unidas.

A análise dos dados será conduzida utilizando-se dos programas SPSS 10.0 e MLwiN 2.10. As associações do desfecho “Autopercepção de saúde ruim”, com as variáveis independentes, serão testadas através do Teste T, ANOVA e Regressão Linear Simples e Múltipla do tipo multinível, de acordo com um modelo hierarquizado (VICTORA *et al.*, 1997) (Figura 1).

Quatro níveis serão incorporados no modelo. O primeiro nível, distal, com características sociodemográficas e de infraestrutura dos setores, o segundo, incluirá as variáveis demográficas e socioeconômicas individuais; o terceiro nível, as variáveis psicossociais individuais; e o quarto nível, as variáveis comportamentais e as doenças referidas individuais. As variáveis serão ajustadas por todas as outras do mesmo nível (horizontal) mais as de níveis superiores (vertical), que apresentarem um nível de significância de 10% ($p < 0,1$).

Para nível de análise estatística, cada setor censitário será considerado como uma unidade de vizinhança.

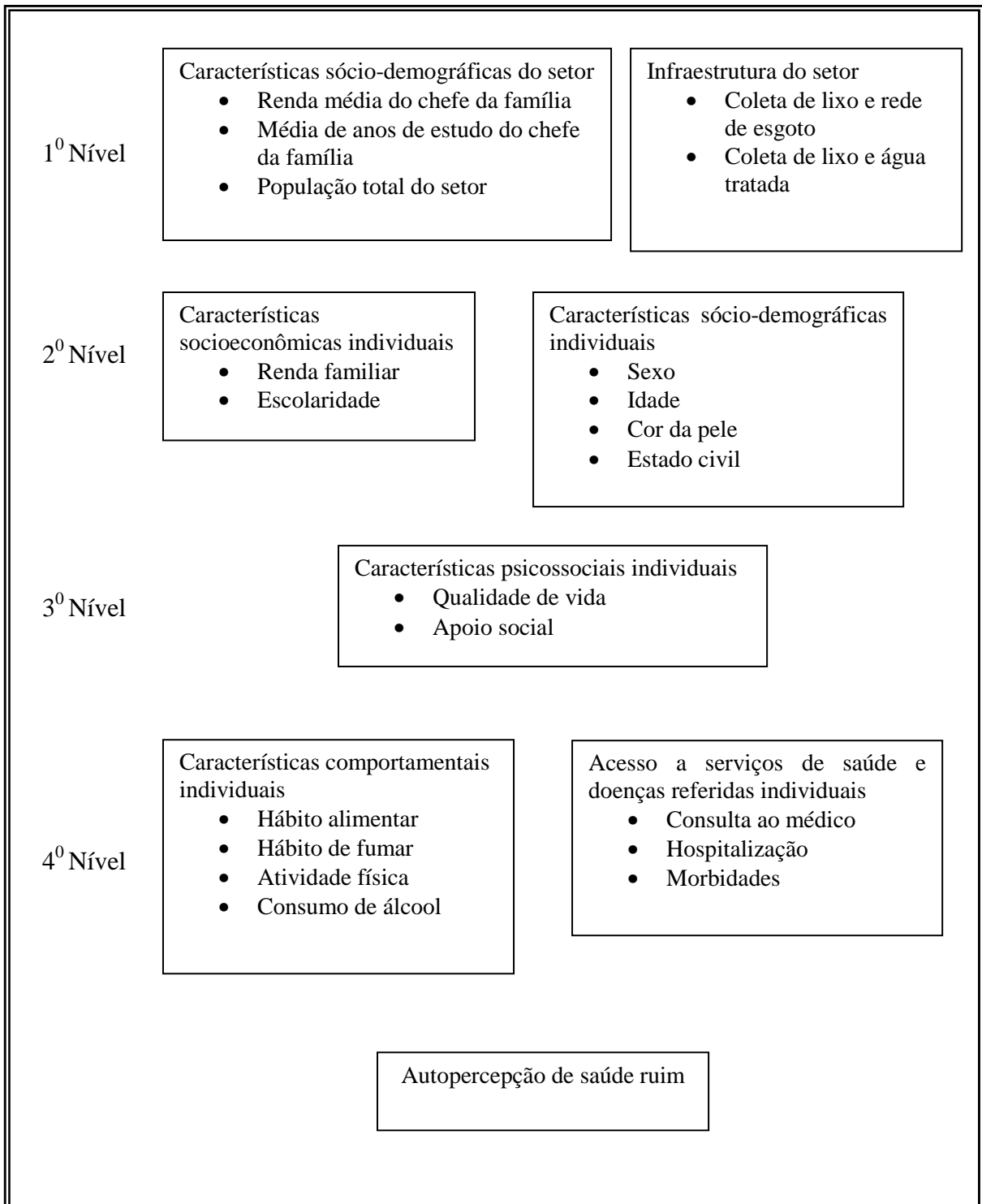


Figura 1 – Modelo teórico hierarquizado de análise para Autopercepção de Saúde.

5.13 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNISINOS (CEP 04/034). Foi requerido o consentimento livre e esclarecido dos participantes, aos quais, foram garantidos o total sigilo dos dados (Anexo B).

5.14 Orçamento

MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE	CUSTO UNITÁRIO (R\$)	CUSTO TOTAL
Caneta	4	1.50	6.00
Lápis	2	1.00	2.00
Borracha	2	1.00	2.00
Apontador	1	2.00	2.00
Papel A4 - 500 folhas	1	15.00	15.00
Cartuchos impressora HP	2	75.00	150.00
Impressão	250	0.10	25.00
Pen Drive 4 GB	1	80.00	80.00
Notebook ASUS T1300	1	2.000,00	2.000,00
Livros	8	50.00	400.00
Total geral (R\$)			2.682,00

Quadro 2 – Custos necessários para a execução do projeto.

5.15 Cronograma

ANO/MESES	2	0	0	7					2	0	0	8					2	0	0	9			
	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J
Atividades																							
Entrada de dados	X	X	X	X	X	X	X																
Revisão bibliográfica					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Qualificação do projeto															X								
Análise de dados															X	X	X						
Escrita dos resultados															X	X	X	X					
Redação da dissertação																X	X	X	X	X	X		
Redação do artigo																		X	X	X	X		
Defesa																							X

Quadro 3 – Cronograma proposto para a realização do programa de mestrado.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N.. Determinants of self-rated health among elderly persons in Sao Paulo, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v.17, n.5-6, May-Jun, p.333-41. 2005.

BERKMAN, L.; KAWACHI, I. A Historic Framework for Social Epidemiology. In: BERKMAN L, KAWACHI I, Editors. **Social Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press; 2000. P. 3-12.

BIZE, R.; JOHNSON, J.A. *et al*. Physical activity level and health related quality of life in the general adult population: a systematic review. **Prev. Med**, v.45, n. 6, p. 401-415, 2007.

BOBAK, M.; PIKHART, H. *et al*. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. **Soc Sci Med**, v.47, n.2, Jul, p.269-79. 1998.

CATAPRETA, C.A.A.; HELLER, L. Associação entre coleta de resíduos sólidos domiciliares e saúde, Belo Horizonte (MG), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.5, n.2, 1999.

CHENG, Y.H.; CHI, I. *et al*. Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. **Soc Sci Med**, v.55, n.8, Oct, p.1415-24. 2002.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B. *et al*. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**, n.39, p.143-50. 1998.

COHEN, D. A.; MASON, K. *et al*. Neighborhood physical conditions and health. **Am J Public Health**, v.93, n.3, Mar, p.467-71. 2003.

COHEN, S.M.; CYNAMON, S.E.; KLIGERMAN, D.C.; ASSUMPCÃO, R.F. Habitação Saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Rev C S Col**, 9(3): 807-813. 2004.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.4, p887-894, 2006.

DIEZ-ROUX, A.V. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. **Am J Public Health**, v.88, n.2, Feb, p.216-22. 1998.

DIEZ-ROUX, A.V. Multilevel analysis in public health research. **Annu Rev Public Health**, v.21, p.171-92. 2000.

DIEZ-ROUX, A.V. A glossary for multilevel analysis. **J Epidemiol Community Health**, v.56, n.8, Aug, p.588-94. 2002.

DIEZ ROUX, A.V. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? **Rev Epidemiol Sante Publique**, v.55, n.1, Feb, p.13-21. 2007.

- HALLAL, P.C; VICTORA, C.G. Reability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Med Sci Sports Exerc**, v.36, n.3, Mar, p. 556. 2004.
- HAWTHORNE, G.; OSBORNE, R.H. *et al.* The SF36 Version 2: critical analyses of population weights, scoring algorithms and population norms. **Qual Life Res**, v.16, n.4, May, p.661-73. 2007.
- HEISTARO, S.; JOUSILAHTI, P. *et al.* Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. **J Epidemiol Community Health**, v.55, n.4, Apr, p.227-32. 2001.
- HSIEH, F.Y. Sample size formulae for intervention studies with the cluster as unit of randomization. **Stat Med**, v.7, n.11, Nov, p.1195-201. 1988.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agregado dos setores censitários. Resultados do universo. Vol. 9. RS. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** [CD-ROM], 2003.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saneamento básico**. Rio de Janeiro, 2002.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades 2007**.
- IDLER, E.L.; ANGEL, R.J. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. **Am J Public Health**, v.80, n.4, Apr, p.446-52. 1990.
- IDLER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J Health Soc Behav**, v.38, n.1, Mar, p.21-37. 1997.
- KAPLAN, G.A.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. **Am J Epidemiol**, v.117, n.3, Mar, p.292-304. 1983.
- KASMEL, A.; HELASOJA, V. *et al.* Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. **Eur J Public Health**, v.14, n.1, Mar, p.32-6. 2004.
- KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V Neighbourhood influences on health. **J Epidemiol Community Health**, v.61, n.1, Jan, p.3-4. 2007.
- KENNEDY, B.P.; KAWACHI, I. *et al.* Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. **Bmj**, v.317, n.7163, Oct 3, p.917-21. 1998.
- KLUMBIENE, J.; PETKEVICIENE, J. *et al.* Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. **Eur J Public Health**, v.14, n.4, Dec, p.390-4. 2004.
- KRAUSE, N. Perceived social support, anticipated support, social class and mortality. **Research on Aging**, 19, 4, 1997.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J Epidemiol Community Health**, v.55, n.10, Oct, p.693-700. 2001.

MACINTYRE, S.; ELLAWAY, A. *et al.* Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? **Soc Sci Med**, v.55, n.1, Jul, p.125-39. 2002.

MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. . Self-rated and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. **Int J Epidemiol**. v.30, p.600-607, 2001.

MARSHALL, A.B.A. The internacional physical act questionnaire summary report of the reliability and validity studies. **Document of IPAQ Excecutive Commite**, World Heath Organization. 2001.

MEADOWS, L.M.; THURSTON, W. E. *et al.* Health promotion and preventive measures: interpreting messages at midlife. **Qual Health Res**, v.11, n.4, Jul, p.450-63. 2001.

MONDEN, C.W.; VAN LENTHE, F. *et al.* Partner's and own education: does who you live with matter for self-assessed health, smoking and excessive alcohol consumption? **Soc Sci Med**, v.57, n.10, Nov, p.1901-12. 2003.

MOSSEY, J.M.; SHAPIRO, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. **Am J Public Health**, v.72, n.8, Aug, p.800-8. 1982.

POWER, M. Development of a common instrument for quality of life. In: NOSIKOV, A.; GUDEX, C. eds. **Developing Common Instruments for Health Surveys**. Amsterdam: IOS Press 2003:145-63.

REGO, R.F.; BARRETO, M.L.; KILLINGER, C.L. O que é lixo afinal? Como pensam mulheres residentes na periferia de um grande centro urbano. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, 2002.

REIJNEVELD, S.A. Neighbourhood socioeconomic context and self reported health and smoking: a secondary analysis of data on seven cities. **J Epidemiol Community Health**, v.56, n.12, Dec, p.935-42. 2002.

SANTOS, S.M. *et al.* Association between contextual factors and self-rated health: a systematic review of multilevel studies. **Cad Saúde Publica**, v.23, n.11, Nov, p.2533-54. 2007.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**, v.32, n.6, p.705-14. 1991.

STANSFELD, S.A.; FUHRER, R. *et al.* Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). **Psychol Med**, v.28, n.4, Jul, p.881-92. 1998.

SUBRAMANIAN, S.V.; KUBZANSKY, L. *et al.* Neighborhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.61, n.3, May, p.S153-60. 2006.

TEIXEIRA, J.C.; GUILHERMINO, R.L. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros, empregando dados secundários do banco de dados indicadores e dados básicos para a saúde em 2003. IDB 2003. **Eng Sanit Ambient.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, 2006.

VICTORA, C.G., HUTTLY, S.R. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**, v.26, n.1, Feb, p.224-7. 1997.

WARE, J.E.; KOSINSKI, M. *et al.* A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Med Care**, v.34, n.3, Mar, p.220-33. 1996.

WARE, J.E.; GANDEK, B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **J Clin Epidemiol**, v.51, n.11, Nov, p.903-12. 1998.

WARE, J.E.; KOSINSKI, M.; KELLER, E.D. **The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual**. Boston, MA. The Health Institute, 1994.

WARE, J.E.; KOSINSKI, M. TURNER-BOWEKER, D.M., GANDEK, B. **How to score version 2 of the SF-12 health survey**. Lincon: QualityMetric Inc. 2005

WARE, J.E.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. *et al.* The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. **J Clin Epidemiol**. 1998;51:1159-65.

WEN, M.; BROWNING, C.R. *et al.* Poverty, affluence, and income inequality: neighborhood economic structure and its implications for health. **Soc Sci Med**, v.57, n.5, Sep, p.843-60. 2003.

WHO, World Health Organization. **International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf Acessado em 10 de setembro de 2008.

WHO. World health organization. **Overall situation of water end sanitation supply**, 2008.

ZIERSCH, A.M.; BAUM, F.E. Involvement in civil society groups: Is it good for your health? **J Epidemiol Community Health**, v.58, n.6, Jun, p.493-500. 2004.

Relatório de Campo

SUMÁRIO DO RELATÓRIO DE CAMPO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	39
1 INTRODUÇÃO	40
2 ELABORAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	40
3 SELEÇÃO DOS SETORES CENSITÁRIOS.....	41
4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	42
5 ESTUDO PILOTO	42
6 COLETA DE DADOS INDIVIDUAIS	43
7 CONTROLE DE QUALIDADE	45
8 PERDAS	45
9 ENTRADA DE DADOS INDIVIDUAIS	46
10 COLETA DE DADOS CONTEXTUAIS	46
11 INTEGRAÇÃO DOS BANCOS CONTEXTUAL E INDIVIDUAL	47
12 ANÁLISE DOS DADOS	49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição dos setores sorteados, número de pessoas encontradas e perdas por setor – São Leopoldo 2006	44
Figura 1 – Percentual e motivo das perdas	45

1 INTRODUÇÃO

O projeto “Um estudo exploratório do capital social em São Leopoldo(RS)”, foi elaborado por um grupo de pesquisadores, do programa de pós-graduação em ciências da saúde-Área de concentração: Saúde Coletiva(Universidade do Vale do Rio dos Sinos-Unisinos), financiado pelo CNPq (Proc. 478503/2004-0), FAPERGS (Proc. 0415621) e UNISINOS (PP 0320).

Esta pesquisa foi realizada com uma amostra representativa de adultos, residentes na zona urbana de São Leopoldo-RS. O objetivo principal do estudo foi “Explorar e aprofundar o conceito de capital social na população do município”. A pesquisa também objetivou “descrever a situação do capital social no município”; “validar um instrumento de medida de capital social com uma amostra da população brasileira”, e “testar a associação entre capital social e saúde em adultos de São Leopoldo”.

2 ELABORAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O instrumento de pesquisa foi construído no ano de 2005. Trata-se de um questionário padronizado e pré-codificado.

A construção envolveu a tradução de inventários e escalas, da língua inglesa para o português, formatação do questionário, elaboração de cartões resposta visando facilitar a compreensão e aplicação dos questionários, e elaboração de um manual de instruções para o treinamento dos entrevistadores.

O questionário apresentava questões socioeconômicas (classe social, escolaridade, profissão, renda), demográficas (sexo, cor da pele, idade e estado civil), psicossociais (Distúrbios Psiquiátricos Menores, qualidade de vida, SRQ, nível de estresse, senso de coerência, apoio social, resiliência, espiritualidade, senso de comunidade, participação em grupos), comportamentais (hábitos alimentares, consumo de álcool, atividade física, consulta ao médico e dentista) e autopercepção de saúde (SF-12).

3 SELEÇÃO DOS SETORES CENSITÁRIOS

O município de São Leopoldo possui 272 setores censitários, sendo que destes, 2 são classificados como rurais. Desconsideraram-se os 2 setores censitários rurais no estudo, pois a população de estudo foi composta apenas por adultos residentes na zona urbana de São Leopoldo.

A seleção dos setores censitários para a pesquisa foi realizada através de amostragem sistemática, conforme os seguintes passos:

- a) Divisão do nº total de setores censitários urbanos (270) por nº total dos setores desejados (40);
- b) O resultados desta equação (6,75 – com arredondamento = 7) indica o pulo que foi efetuado;
- c) Sorteou-se um nº de 1 à 10 (3) como ponto de partida para os seguintes setores selecionados (3, 10, 17, 24, 31, etc.).

O procedimento amostral previu o sorteio aleatório de 40 setores censitários dentre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo. Em cada conglomerado (setor censitário) foi sorteado o quarteirão e todos domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 em cada conglomerado. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão do setor, seguindo sorteio prévio.

Caso houvesse mais domicílios do que o necessário naquele quarteirão era sorteada, aleatoriamente, à esquina, a partir da qual o domicilio era identificado para o início da coleta de dados, e o início se dava pela esquerda de quem estivesse de costas para a casa inicial, e mantendo-se o sentido anti-horário, o domicílio seguinte era visitado, e o próximo entrava na seleção.

O reconhecimento dos setores foi realizado com auxílio do coordenador da pesquisa, juntamente com os bolsistas de iniciação científica.

A equipe percorreu os setores desconhecidos pelo coordenador, com a finalidade de identificar se os setores tinham condições para a realização da pesquisa.

Após o reconhecimento a equipe fez as seguintes substituições:

- a) Setor 129 (loteamento e sem habitantes) foi substituído pelo setor 13;
- b) Setor 66 (não possui domicílios suficientes) foi substituído pelo setor 27;
- c) Setor 241(casas transferidas para outro local) foi substituído pelo setor 20;
- d) Setor 192 (orientação da Brigada Militar de ser um local bastante perigoso) foi substituído por um bairro com as mesmas condições socioeconômicas – Santa Marta (777).

4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Para a realização da pesquisa, foram recrutados e treinados cerca de 50 estudantes de graduação, da UNISINOS.

Para tanto foi confeccionado um manual, o qual apresentava os seguintes conteúdos: objetivos, métodos e importância da pesquisa, informações sobre materiais a serem levados a campo, critérios de inclusão dos participantes no estudo, critérios para sorteio de casas, quando necessário, planilhas dos setores, informações sobre apresentação, instruções gerais para preenchimento do questionário e sobre os cartões de resposta, instruções de codificação dos questionários e chamadas especiais.

O treinamento e a padronização dos entrevistadores, ocorreu durante o período da coleta de dados, com grupos de no máximo 10 pessoas e incluiu as seguintes técnicas: apresentação e discussão dos objetivos, métodos e importância da pesquisa, leitura do manual de instruções, dramatização do questionário e discussão de dúvidas do manual.

5 ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto foi realizado entre os meses de agosto a novembro de 2005, com 97 pessoas em 10 setores censitários (24, 31, 59, 87, 101, 115, 157, 178, 213 e 262).

Na ocasião, as entrevistas foram realizadas em duplas, objetivando:

- a) Qualificar os entrevistadores (aprimorar as técnicas de entrevista);
- b) Avaliar a qualidade dos instrumentos de coleta de dados (teste da compreensão dos questionários);
- c) Apreciar os métodos e a logística dos trabalhos de campo (tempo de entrevista e de deslocamento);
- d) Obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral a ser utilizado no estudo principal.

Constatou-se que cada entrevista durava, em média, 45 minutos, e que somado a este, o tempo de deslocamento, eram possíveis realizar apenas 2 entrevistas, por entrevistador, em um único turno (manhã e tarde).

Os participantes do estudo piloto eram, em sua maioria, mulheres (55%), brancas (89%), casadas ou em união (65%), com média de idade igual a 45 anos (DP=13) e com renda familiar de até 4 salários mínimos (53%).

O projeto inicial tinha a intenção de entrevistar os chefes dos domicílios, porém, por geralmente se tratarem de homens, os quais, normalmente encontram-se ausentes, no período diurno, durante a semana, acarretava em um grande número de perdas, motivo este, que levou a mudança de critérios, optando-se por entrevistar os responsáveis pelo domicílio, no momento da entrevista.

6 COLETA DE DADOS INDIVIDUAIS

A coleta de dados principal foi realizada por 50 entrevistadores, alunos da graduação da UNISINOS, os quais foram devidamente treinados e padronizados. A coleta iniciou em março de 2006 estendendo-se até junho de 2007. O tamanho da amostra previu a realização de um total de 1520 entrevistas em 40 setores censitários. Destas, um total de 1100 foram realizadas em 38 setores, representando 72% do cálculo inicial. O número de entrevistas realizadas e percentual de perdas de acordo com os setores são apresentados no Quadro 1.

SETOR	BAIRRO	POPULAÇÃO	ENTREVISTAS REALIZADAS	Nº DE PERDAS	% DE PERDAS
3	CENTRO	360	19	19	*
6	SÃO MIGUEL	617	25	13	34,2
10	SÃO MIGUEL	510	29	9	23,7
13	CENTRO	365	13	25	*
20	CENTRO	511	9	29	*
27	CENTRO	779	33	5	13,2
31	SÃO MIGUEL	377	44	0	0
38	VICENTINA	585	35	3	7,9
45	VICENTINA	341	41	0	0
52	VICENTINA	764	44	0	0
59	CRISTO REIS	514	15	23	*
73	PADRE REUS	506	34	4	10,5
80	DUQUE DE CAXIAS	1477	24	14	36,8
87	SANTA TEREZA	682	31	7	18,4
94	SANTA TEREZA	707	36	2	5,2
101	SÃO JOSÉ	506	28	10	26,2
108	RIO BRANCO	759	25	13	34,2
115	JARDIM AMÉRICA	892	14	24	*
122	JARDIM AMÉRICA	1084	45	0	0
136	SANTO ANDRÉ	1052	33	5	13,2
143	PINHEIRO	482	24	14	36,8
150	FEITORIA	1157	40	0	0
157	FEITORIA	864	28	10	26,2
164	FEITORIA	1204	23	15	39,5
171	FEITORIA	798	27	11	28,9
178	FEITORIA	627	16	22	*
185	SANTOS DUMONT	957	32	6	15,8
199	RIO DOS SINOS	991	43	0	0
206	SANTOS DUMONT	892	42	0	0
213	SCHARLAU	1051	41	0	0
220	SCHARLAU	614	12	26	*
227	CAMPINA	518	28	10	26,3
234	CAMPINA	544	27	11	28,9
248	CAMPINA	745	45	0	0
255	ARROIO DA MANTEIGA	586	41	0	0
262	ARROIO DA MANTEIGA	635	15	23	*
269	SÃO JOSÉ	172	14	24	*
777	SANTA MARTA	2115	25	13	34,2
	TOTAL	28.340	1.100	390	

Quadro 1 – Distribuição dos setores sorteados, número de pessoas encontradas e perdas por setor – São Leopoldo 2006

*Nos setores com número de entrevistas menor que 20, a coleta de dados foi interrompida, devido a falta de recursos financeiros.

7 CONTROLE DE QUALIDADE

A codificação dos questionários foi realizada por um bolsista e a revisão da codificação por um coordenador da pesquisa.

Reuniões regulares foram realizadas com os supervisores de campo (bolsistas), com o objetivo de discutir erros de codificação e assim corrigir a codificação dos questionários. Foram criadas codificações específicas para as questões com respostas abertas.

Para o controle de qualidade elaborou-se um questionário simplificado com perguntas de pequena variação em relação ao tempo. Participaram do estudo cerca de 10% da amostra (n=103), por setor, e as entrevistas foram realizadas por telefone ao longo dos trabalhos de campo.

8 PERDAS

O principal motivo das perdas foram: falta de recursos financeiros (14%), locais não habitados ou comércio (8%), recusas (4%) e pessoas ausentes na residências (2%) (Figura 1). Há de se resaltar que a coleta de dados foi interrompida em 9 setores censitários (3, 13, 20, 59, 115, 178, 220, 262, 269) e não realizada em 2 (17, 24) devido a falta de recursos financeiros. Neste setores foram entrevistadas 127 pessoas de um total previsto de 420.

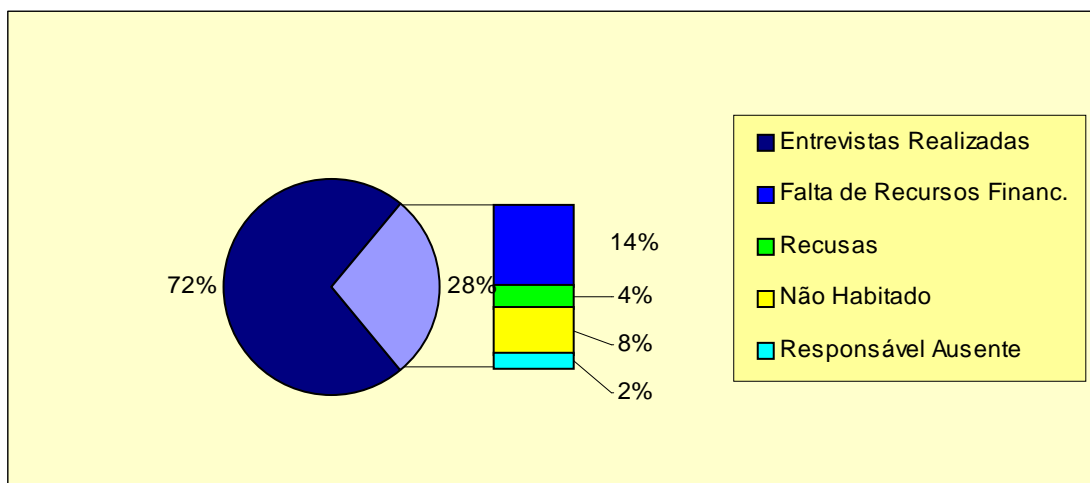


Figura 1 – Percentual e motivo das perdas.

9 ENTRADA DE DADOS INDIVIDUAIS

O questionário para a digitação foi criado no programa EpiInfo 6, com as devidas limitações nas respostas (Check) para evitar erros de digitação.

Os dados começaram a ser digitados simultaneamente a coleta de informações e uma segunda entrada iniciou no mês de agosto de 2007. A conclusão dos dois bancos ocorreu em dezembro de 2007.

Também foram digitados dois outros bancos de dados com informações complementares da pesquisa: estudo teste-reteste e controle de qualidade. A dupla entrada em ambos os bancos de dados entre os meses de janeiro à abril de 2008.

Neste período também foi realizada a limpeza dos dados em todos os bancos (estudo principal, teste-reteste e controle de qualidade). Esta consistiu no cruzamento dos bancos em duplicata, verificando-se as inconsistências entre eles, conferindo e corrigindo de acordo com as fichas originais.

10 COLETA DE DADOS CONTEXTUAIS

Os dados da vizinhança (setores censitários) foram coletados através do censo de 2000 do IBGE e de variáveis do estudo transversal, as quais foram agrupadas ao nível do setor e utilizadas como tal. No mês de julho do ano de 2008, através do banco de dados do censo demográfico de 2000 para o Rio Grande do Sul e do questionário do estudo transversal foram selecionadas as variáveis de interesse para o estudo, que foram as seguintes:

- a) Moradores (ou população residente no setor);
- b) Média do rendimento nominal mensal dos chefes dos domicílios particulares permanentes (dividindo-se o total do rendimento nominal mensal das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes pelas pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal maior do que zero) ;
- c) Média do número de anos de estudo dos chefes dos domicílios particulares permanentes (dividindo-se o total de anos de estudo das pessoas responsáveis

por domicílios particulares permanentes pelas pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com número de anos de estudo determinado);

- d) Domicílios particulares permanentes com lixo coletado e abastecimento de água da rede geral;
- e) Domicílios particulares permanentes com lixo coletado, banheiro ou sanitário e esgotamento sanitário via rede geral de esgoto ou pluvial;
- f) Percentual da população no setor considerando a área poluída/muito poluída, barulhenta/muito barulhenta, e suja/muito suja;
- g) Participação em associações, cuja pergunta versava sobre a participação regular (pelo menos uma vez por mês) em associações, nos últimos três anos.

Entre os meses de agosto e setembro de 2008 foi realizada a seleção de variáveis pertencentes ao do banco de dados IBGE/RS com exclusão das variáveis que não seriam utilizadas na pesquisa, criando-se um banco de dados contextual.

11 INTEGRAÇÃO DOS BANCOS CONTEXTUAL E INDIVIDUAL

Posteriormente, as variáveis contextuais foram integradas ao banco de dados individuais. Este banco continha as seguintes variáveis:

Contextuais (Fonte: IBGE 2003)

- a) Rendaset: renda média do chefe do domicílio do setor;
- b) Escolset: médias de anos de estudo do chefe do domicílio do setor;
- c) Popset: população média do setor;
- d) Coletalixoesgmed: número de domicílios com coleta de lixo e esgoto;
- e) Coletalixoagmed: número de domicílios com coleta de lixo e água encanada;

Contextuais (Fonte: variáveis do estudo transversal agregadas por setor)

- a) Associaset: participação média em associações;
- b) Poluicaoset: poluição média do setor;
- c) Barulhoaset: barulho médio do setor;
- d) Sujeiraset: sujeira média do setor;

Individuais (Fonte: Questionário)

- a) Sexo;
- b) Faixa etária;
- c) Cor da pele;
- d) Estado civil;
- e) Renda individual;
- f) Escolaridade individual;
- g) Qualidade de vida;
- h) Apoio social;
- i) Consumo de frutas;
- j) Fumo;
- k) Atividade física;
- l) Consumo de álcool;
- m) Hospitalizações;
- n) Morbidades.

A descrição detalhada da construção das variáveis acima referidas encontra-se na sessão Metodologia do Projeto de Pesquisa.

12 ANÁLISE DOS DADOS

Entre os meses de janeiro a março de 2009 foram realizadas análise descritiva para a verificação da frequência das variáveis e associações com o desfecho. A análise dos dados foi conduzida utilizando-se dos programas *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 13.0 e MLwiN 2.10.

Devido ao fato do desfecho ser dicotômico, utilizou-se Regressão Logística do tipo Multinível. Esta análise foi conduzida com a finalidade de se estimar as razões de chances e seus intervalos de confiança - IC (95%). Tais análises foram realizadas com o programa *MLwiN*. O nível de significância de 5% foi utilizado para detectar associações entre desfecho e as exposições.

Anexos

ANEXO A – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Questionário Cooperação e Solidariedade
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Nível: Mestrado

Questão utilizada para coletar informações referentes ao desfecho:

SAÚDE

9. Agora, queremos saber a sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você está sendo capaz de desempenhar suas atividades habituais. Por favor, para cada uma das perguntas a seguir indique a resposta que melhor corresponde a sua opinião.

a) Em geral, você diria que sua saúde está:
 (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Razoável (5) Ruim sf12a

Questões utilizadas para coletar informações demográficas individuais:

1. Observar: Cor de pele: (A)Amarelo (B)Branco (N)Negro (P)Pardo	etnia _
2. Observar: Sexo: (1) Homem (2) Mulher	sexo _
3. Quantos anos o Sr. (a) têm? _____	idade __
4. Qual é o seu estado civil? (1)Solteiro(a) (2)Casado(a) (3)em união (4)Divorciado ou separado (5)Viúvo(a) (6)Outra situação	ecivil _
78. Até que ano (série completa) você estudou? __ série do __ grau	escolvc __
86. No mês passado, quanto o Sr. (Sra.) ganhou em salários mínimos (cerca de R\$300,00)? Pessoa 1 : SM ou R\$. . , por mês	renda - - ' -

Questões utilizadas para coletar informações comportamentais, de serviço e morbidades;

ACESSO A SERVIÇO DE SAÚDE E DOENÇAS REFERIDAS

Agora, além de fazer algumas perguntas sobre saúde, iremos fazer algumas perguntas sobre os serviços de saúde, a qual o Senhor (Senhora), tem tido acesso:			
12. Quantas vezes você consultou com um médico no último mês? ____ (se nenhuma pule para n°14)			médico _ _
13. Onde você foi atendido? (1) Posto de saúde, CAPS, centro de saúde (3) SESC / SESI (5) Outro	(2) Médico particular (4) Ambulatório de sindicato/empresa (8) NSA		ndemed _ ndemo
14. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem:	Não	Sim	IGN
a) Pressão alta	(0)	(1)	(9)
b) Doenças do coração	(0)	(1)	(9)
c) Colesterol elevado (e/ou triglicérides elevado)	(0)	(1)	(9)
d) Osteoporose	(0)	(1)	(9)
e) Diabetes	(0)	(1)	(9)
f) Depressão	(0)	(1)	(9)
15. Você foi hospitalizado no último ano? (0) Não Pule para a questão n°17		(1) Sim	ospital _ hospita

HÁBITOS ALIMENTARES

26. As próximas perguntas são sobre a sua alimentação:			
a) Quantas frutas você come ou copos de suco natural de fruta você toma por dia? (1) Não como fruta nem tomo suco natural de fruta (4) Três	(2) Uma (5) Quatro ou mais	(3) Duas	frutas _
b) Quantas colheres de sopa de verduras ou legumes você come por dia? (1) Não como verduras ou legumes (3) Cinco a oito colheres de sopa	(2) Uma a quatro colheres de sopa (4) Nove ou mais colheres de sopa		legume _

ATIVIDADES FÍSICAS

27. As perguntas seguintes estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física contínua na ÚLTIMA semana. Estas perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:	
<p>a) Em quantos dias da última semana você caminhou em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? Dias: _____ por SEMANA (0) Nenhum Pule para questão "c"</p>	caminha _
<p>b) Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? Horas: _____ Minutos: _____ (888) NSA</p>	tcaminha - - -
<p>c) Você realizou alguma atividade física, por pelo menos, 10 minutos contínuos na última semana? (exceto caminhada) (1) Não Pule para n° 28 (2) Sim</p>	atfisi _
<p>Para responder as questões lembre que:</p> <p>⇒ Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.</p> <p>⇒ Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.</p>	
<p>d) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS? Como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) dias _____ por SEMANA (0) Nenhum Pule para a questão a letra "f"</p>	moderada
<p>e) Nos dias em que você fez essas atividades moderadas, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? horas: _____ Minutos: _____ (888) NSA</p>	moderad
<p>f) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS? Como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. dias _____ por SEMANA (0) Nenhum Pule para a questão n° 28</p>	vigorosa _
<p>g) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? horas: _____ Minutos: _____ (888) NSA</p>	vigoros - - -
<p>28. E no caso do seu trabalho, com relação ao esforço físico, como o (a) Sr.(a) classificaria? (1) Não trabalho Pule para questão n° 30 (2) muito pesado (3) pesado (4) leve (5) muito leve (9) IGN</p>	físico
<p>29. Para ir de sua casa ao trabalho, o (a) Sr. (a) costuma ir de: (0) Trabalha em casa (1) Carro/Moto (2) Ônibus/metro/trem (3) Caminhando (4) Bicicleta (8) NSA</p>	como _

HABITO DE FUMAR

As próximas questões referem-se ao hábito de fumar e ao consumo de álcool:	
<p>30. Você já fumou ou ainda fuma? (1) Nunca fumei. Pule para a questão n° 34. (2) Sim, ex-fumante. Responda n° 31, 32 e 33 (3) Sim, fumo. Responda n° 31 e 32 e pule a questão n° 33.</p>	fumo _

CONSUMO DE ALCOOL

34. Você costuma beber freqüentemente? (0)Não Pule para questão n° 37 (1)Sim			alcoholb	
35. Há quanto tempo você bebeu pela última vez? ___ dias (000)Menos de 1 dia (888)NSA			alcohol	
36. Vou lhe dizer o nome de algumas bebidas e gostaria que você me dissesse se costuma beber:				
Tipo de bebida	UA	Dias/semana	Dias/mês	ervado __
a)Cerveja	___	___	___	ervam __
b)Cachaça/ caipirinha	___	___	___	achado __
c)Vinho	___	___	___	acham __
d)Whisky	___	___	___	inhodo __
e)Vodka	___	___	___	inhom __
f)Outro Qual? _____	___	___	___	whisdo __
				whism __
				rodkdo __
				rodkm __
				utrodo __
				utrom __
Unidades de Álcool (UA): Cerveja: 1 copo/ lata (de chope-350 ml)= 1 UA; 1 garrafa= 2 UAs Vinho: 1 cálice (125 ml)=1 UA; 1 copo comum grande (250 ml)= 2 UAs; 1 garrafa= 8 UAs Cachaça, vodka, uísque ou conhaque: 1 “martelinho” (60 ml)= 2 UAs; 1 “martelinho” (100 ml)= 3 UAs; 1 garrafa=20 UAs Rum, licor, etc: 1 “dose” = 1 UA				

Questões utilizadas para coletar informações ambientais

68. Como você diria que a sua vizinhança é, em relação a ...				
a)Poluição? (1)Muito Poluído	(2)Poluído	(3)Mais ou menos Poluído	(4)Sem Poluição	poluição _
b)Barulhos? (1)Muito Barulhenta (5)Muito Silenciosa	(2)Barulhenta	(3)Nem barulhenta nem Silenciosa	(4)Silenciosa	barulho _
c)Limpeza? (1)Muito Suja (5)Muito Limpa	(2)Suja	(3)Nem Suja nem Limpa	(4)Limpa	limpeza _

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

São Leopoldo, ___/___ de 200__

Prezado(a) Senhor(a),

A Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, através do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, está realizando uma pesquisa científica denominada “Um estudo do capital social na questão da saúde da população de São Leopoldo – RS”. Capital social é entendido como o conjunto das organizações sociais e grupos de pessoas do seu bairro que ajudam a responder às necessidades de sua vida pessoal e familiar e que melhoram as relações de vizinhança. O principal objetivo deste estudo é o de verificar se estes aspectos influenciam a saúde das pessoas. Para tanto será realizada uma entrevista rápida e simples sobre você, sua família e o local onde vocês moram.

Gostaríamos de lembrar que este é um estudo que está sendo feito pela universidade e não tem nenhuma ligação com partidos políticos, governo ou administração. Todas as suas respostas não serão fornecidas a nenhuma pessoa fora do grupo de pesquisa. Os nomes das pessoas não serão divulgados e não aparecerão em nenhum relatório.

No entanto, os resultados da pesquisa ajudarão muito na definição de ações para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida da população de São Leopoldo. A pesquisa também é importante pois estudará a influência de aspectos como solidariedade, cooperação e participação em grupos nas condições de saúde da população de São Leopoldo e do Brasil.

Por isso, sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização da entrevista, é muito importante. Esclarecemos que sua participação depende de sua livre e espontânea vontade. Você pode se retirar a qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo para a sua pessoa. Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para o telefone 591 1122 (ramal 2230).

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde pública em nosso Estado e no Brasil.

Atenciosamente,

Professor Marcos Pascoal Pattussi
Coordenador da Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e entendido as características do estudo, concordo em participar. Declaro ainda ter recebido uma via deste termo de consentimento.

São Leopoldo, ___ de _____ de 200__.

*Nome do participante
(por extenso)*

Assinatura do participante