

Tabela nº 58: Associação entre variáveis preditoras e o consumo de margarina - consome versus não consome, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	152	63,1	1,01	0,89 – 1,14	0,92	N
	Feminino	220	62,7				
Idade	≤ 24	156	65,5	1,07	0,95 – 1,22	0,26	N
	> 25	216	61,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	124	67,8	1,23	1,04 – 1,45	0,014	S
	> 1,5 SM	100	55,2				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	173	70,0	1,16	1,01 – 1,32	0,030	S
	> 3,5 SM	140	60,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	68	68,7	1,11	0,96 – 1,29	0,18	N
	≥ 1º grau completo	304	61,7				
Adequação nível escolar	Não	105	65,6	1,06	0,93 – 1,21	0,39	N
	Sim	267	61,8				
Região	Distrito Federal	139	54,5	0,79	0,69 – 0,90	0,00026	S
	Entorno	233	69,1				
Participação Social	Não	210	63,1	1,01	0,89 – 1,14	0,89	N
	Sim	162	62,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 58, quanto ao consumo de margarina, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa com renda pessoal, renda familiar e região. Pessoas com menores rendas pessoal e familiar e residentes no Entorno relataram maior freqüência no consumo de margarina.

Na tabela 10 - ANEXO, quanto ao consumo de manteiga, não houve associação estatisticamente significativa com as variáveis preditoras.

Tabela nº 59: Associação entre variáveis preditoras e consumo de queijo - consome versus não consome, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	126	52,3	1,01	0,87 – 1,19	0,86	N
	Feminino	181	51,6				
Idade	≤ 24	118	49,6	0,93	0,79 – 1,09	0,36	N
	> 25	189	54,4				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	101	55,2	0,91	0,76 – 1,08	0,28	N
	> 1,5 SM	110	60,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	131	53,0	0,98	0,83 – 1,16	0,81	N
	> 3,5 SM	125	54,1				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	45	45,5	0,86	0,68 – 1,08	0,16	N
	≥ 1º grau completo	262	53,1				
Adequação nível escolar	Não	77	48,1	0,90	0,75 – 1,09	0,26	N
	Sim	230	53,2				
Região	Distrito Federal	105	41,2	0,69	0,58 – 0,81	0,0000061	S
	Entorno	202	59,9				
Participação Social	Não	150	45,0	0,74	0,64 – 0,87	0,00017	S
	Sim	157	60,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 59, quanto ao consumo de queijo, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa com região e participação social. Pessoas residentes no Entorno e que participam de organizações comunitárias ou associações relataram maior frequência no consumo de queijo.

Tabela nº 60: Associação entre variáveis preditoras e consumo de requeijão - consome versus não consome, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	85	35,3	0,95	0,76 – 1,18	0,61	N
	Feminino	131	37,3				
Idade	≤ 24	90	37,8	1,06	0,86 – 0,32	0,58	N
	> 25	126	35,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	68	37,2	0,93	0,72 – 1,21	0,60	N
	> 1,5 SM	72	39,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	86	34,8	0,79	0,63 – 0,99	0,036	S
	> 3,5 SM	102	44,2				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	25	25,3	0,65	0,46 – 0,93	0,011	S
	≥ 1º grau completo	191	38,7				
Adequação nível escolar	Não	47	29,4	0,75	0,57 – 0,98	0,028	S
	Sim	169	39,1				
Região	Distrito Federal	89	34,9	0,93	0,75 – 1,15	0,48	N
	Entorno	127	37,7				
Participação Social	Não	114	34,2	0,87	0,70 – 1,07	0,19	N
	Sim	102	39,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 60, quanto ao consumo de requeijão, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa com renda familiar, escolaridade e adequação do nível escolar. Pessoas com menor renda familiar, menor escolaridade e menor adequação no nível escolar relataram maior frequência no consumo de requeijão.

Na tabela 11 - ANEXO, quanto ao consumo inadequado de sal – usa sal na comida versus não usa + às vezes usa – não houve associação estatisticamente significativa nas variáveis preditoras.

Quanto à análise de preditores de inadequação do uso de sal, avaliada mediante a pergunta da utilização na salada versus não utilização e às vezes, não houve associações estatisticamente significantes (Tabela 12 – ANEXO)

Quanto à mudança de hábitos alimentares nos últimos doze meses, a mesma foi relatada com maior frequência por mulheres (54,4% versus 39,8%). Quando comparados os homens com as mulheres, essa associação foi significativa (RP=0.73; IC=0.61-0.88; valor p=0.00049). As restantes variáveis preditoras não mostraram significância (Tabela 13 – ANEXO).

Tabela nº 61: Associação entre variáveis preditoras e motivo de mudanças de hábitos alimentares - saúde versus o resto, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	24	25,0	0,68	0,46 – 1,01	0,047	S
	Feminino	70	36,6				
Idade	≤ 24	49	43,8	1,70	1,23 – 2,36	0,0015	S
	> 25	45	25,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	30	34,1	1,43	0,89 – 2,29	0,13	N
	> 1,5 SM	21	23,9				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	35	29,4	0,88	0,60 – 1,27	0,48	N
	> 3,5 SM	40	33,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	17	37,8	1,19	0,78 – 1,80	0,43	N
	≥ 1º grau completo	77	31,8				
Adequação nível escolar	Não	25	34,2	1,06	0,73 – 1,54	0,75	N
	Sim	69	32,2				
Região	Distrito Federal	34	26,6	0,70	0,50 – 1,00	0,045	S
	Entorno	60	37,7				
Participação Social	Não	60	39,7	1,59	1,12 – 2,26	0,0080	S
	Sim	34	25,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 61, quanto ao motivo de mudanças de hábitos alimentares relacionado com a saúde, verificou-se que 36,6% das mulheres e 43,8% das pessoas com idade igual ou inferior a 24 anos declararam terem mudado os hábitos alimentares por motivo de saúde. Ademais, dessas pessoas, 37,7% eram residentes no Entorno e 39,7% disseram não pertencerem a nenhuma organização comunitária ou associação.

Na tabela 14 - ANEXO, quanto ao motivo de mudanças de hábitos alimentares relacionado com orientação versus o resto, houve significância apenas quanto à variável faixa etária, onde 76,8% das pessoas com idade igual ou menor a 24 anos declararam terem mudado os hábitos alimentares depois que receberam orientação para tal.

7.13 Determinantes de consumo de álcool e tabagismo

Tabela nº 62: Associação entre variáveis preditoras e inadequação de consumo de álcool - consome versus não consome, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	112	46,5	1,47	1,20 – 1,80	0,00025	S
	Feminino	111	31,6				
Idade	≤ 24	83	34,9	0,88	0,71 – 1,09	0,25	N
	> 25	140	39,5				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	57	31,1	0,65	0,50 – 0,84	0,00098	S
	> 1,5 SM	87	48,1				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	69	27,9	0,61	0,48 – 0,79	0,000070	S
	> 3,5 SM	105	45,5				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	30	30,3	0,77	0,56 – 1,06	0,097	N
	≥ 1º grau completo	193	39,1				
Adequação nível escolar	Não	58	36,3	0,95	0,75 – 1,20	0,66	N
	Sim	165	38,2				
Região	Distrito Federal	116	45,5	1,43	1,17 – 1,76	0,00064	S
	Entorno	107	31,8				
Participação Social	Não	156	46,8	1,81	1,43 – 2,29	0,00000018	S
	Sim	67	25,9				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 62, quanto à inadequação de consumo de álcool, houve associação estatisticamente significativa com gênero, renda pessoal, renda familiar, região e participação social. Pessoas entrevistadas do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram maior frequência no consumo de álcool.

Tabela nº 63: Associação entre variáveis preditoras e inadequação de consumo de álcool - frequência de consumo (quatro vezes ou mais por semana versus menos vezes), nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	9	8,0	8,92	1,15 – 69,24	0,010* 0,0097**	S
	Feminino	1	0,9				S
Idade	≤ 24	5	6,0	1,69	0,50 – 5,65	0,39* 0,29**	N
	> 25	5	3,6				N
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	1	1,8	0,31	0,04 – 2,55	0,24* 0,23**	N
	> 1,5 SM	5	5,7				N
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	0	0,0	0,00	–	0,0084* 0,0053**	S
	> 3,5 SM	10	9,5				S
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	0	0,0	0,00	–	0,20* 0,22**	N
	≥ 1º grau completo	10	5,2				N
Adequação nível escolar	Não	0	0,0	0,00	–	0,055* 0,045**	N
	Sim	10	6,1				S
Região	Distrito Federal	8	6,9	3,69	0,80 – 16,99	0,070* 0,65**	N
	Entorno	2	1,9				N
Participação Social	Não	6	3,8	0,64	0,19 – 2,21	0,48* 0,34**	N
	Sim	4	6,0				N

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à inadequação do consumo de álcool – frequência de consumo de quatro vezes ou mais por semana versus menos vezes (Tabela 63), observa-se que o consumo inadequado de bebida alcoólica é 8,91 vezes mais freqüente em homens do que em mulheres (IC=1.15-69.24; Valor p M-H=0.010 e Fisher=0.0097). No quesito renda familiar, verifica-se que os indivíduos com maior renda familiar consomem álcool mais inadequadamente e, quanto à adequação do nível escolar observou-se significância estatística no Valor p – Fisher=0.045, ou seja, pessoas com adequação do nível de escolaridade consomem inadequadamente bebidas alcoólicas.

Tabela nº 64: Associação entre variáveis preditoras e inadequação de consumo de álcool - quantidade de doses (mais doses versus uma a duas doses), nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	81	72,3	1,71	1,34 – 2,18	0,0000062	S
	Feminino	47	42,3				
Idade	≤ 24	59	71,1	1,44	1,16 – 1,79	0,0014	S
	> 25	69	49,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	55	52,4	0,93	0,67 – 1,29	0,66	N
	> 1,5 SM	22	56,4				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	38	55,1	0,90	0,69 – 1,17	0,44	N
	> 3,5 SM	64	61,0				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	16	57,1	0,99	0,71 – 1,40	0,97	N
	≥ 1º grau completo	112	57,4				
Adequação nível escolar	Não	131	81,9	0,97	0,89 – 1,05	0,40	N
	Sim	366	84,7				
Região	Distrito Federal	69	59,5	1,08	0,86 – 1,35	0,51	N
	Entorno	59	55,1				
Participação Social	Não	32	47,8	0,78	0,59 – 1,03	0,057	N
	Sim	96	61,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 64, quanto à inadequação da quantidade do consumo de álcool (mais doses versus uma a duas doses), observou-se que os homens ingerem maiores quantidades de álcool do que as mulheres (72,3% e 42,3% respectivamente. As demais variáveis preditoras não apresentaram significância.

Na Tabela 15 – ANEXO, quanto à frequência de consumo de cinco ou mais doses em uma ocasião, observou-se que o uso inadequado do álcool é cerca de duas vezes mais freqüente em homens do que em mulheres (RP=2.27; IC=1.37-3.77 e Valor p=0.00080).

Na Tabela 16 – ANEXO, com novo corte (frequência de consumo igual ao resto versus menos que uma vez ao mês + nunca), o gênero também foi estatisticamente significativo, sendo que novamente verificou-se que o uso inadequado do álcool é cerca de duas vezes mais freqüente em homens do que em mulheres.

Tabela nº 65: Associação entre variáveis preditoras e características do tabagismo - fumante sim versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	27	11,2	1,01	0,63 – 1,60	0,97	N
	Feminino	39	11,1				
Idade	≤ 24	20	8,4	0,65	0,39 – 1,06	0,082	N
	> 25	46	13,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	27	14,8	1,21	0,72 – 2,05	0,46	N
	> 1,5 SM	22	12,2				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	28	11,3	1,01	0,61 – 1,67	0,97	N
	> 3,5 SM	26	11,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	18	12,2	1,87	1,14 – 3,87	0,014	S
	≥ 1º grau completo	48	9,7				
Adequação nível escolar	Não	26	16,3	1,75	1,11 – 2,78	0,016	S
	Sim	40	9,3				
Região	Distrito Federal	24	9,4	0,76	0,47 – 1,21	0,24	N
	Entorno	42	12,5				
Participação Social	Não	49	14,7	2,24	1,32 – 3,80	0,0017	S
	Sim	17	6,6				

H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 65, quanto ao tabagismo – fumante sim versus não – verificou-se significância estatística com idade, escolaridade, adequação do nível escolar e participação social. Pessoas com maior idade, menor escolaridade, sem adequação do nível escolar e que não participam de organizações comunitárias ou associações relataram maior frequência no hábito de fumar.

Tabela nº 66: Associação entre variáveis preditoras e características do tabagismo - fumante versus não fumante e ex-fumante, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	27	11,2	1,01	0,63 – 1,60	0,97	N
	Feminino	39	11,1				
Idade	≤ 24	20	8,4	0,65	0,39 – 1,06	0,082	N
	> 25	46	13,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	27	14,8	1,21	0,72 – 2,05	0,46	N
	> 1,5 SM	22	12,2				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	28	11,3	1,01	0,61 – 1,67	0,97	N
	> 3,5 SM	26	11,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	18	18,2	1,87	1,14 – 3,07	0,014	S
	≥ 1º grau completo	48	9,7				
Adequação nível escolar	Não	26	16,3	1,75	1,11 – 2,78	0,016	S
	Sim	40	9,3				
Região	Distrito Federal	24	9,4	0,76	0,47 – 1,21	0,24	N
	Entorno	42	12,5				
Participação Social	Não	49	14,7	2,24	1,32 – 3,80	0,0017	S
	Sim	17	6,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto ao tabagismo – fumante versus não fumante e ex-fumante - Tabela 66, indivíduos com menor escolaridade, sem adequação do nível escolar e sem participação em organizações comunitárias relataram maior frequência do hábito de fumar (18,2%, 16,3% e 14,7% respectivamente).

Tabela nº 67: Associação entre variáveis preditoras e características do tabagismo - fumante versus ex-fumante, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	27	52,9	1,00	0,72 – 1,41	0,97	N
	Feminino	39	52,7				
Idade	≤ 24	20	80,0	1,74	1,30 – 2,32	0,0024	S
	> 25	46	46,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	27	51,9	1,16	0,77 – 1,74	0,48	N
	> 1,5 SM	22	44,9				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	28	52,8	0,89	0,63 – 1,27	0,53	N
	> 3,5 SM	26	59,1				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	18	54,5	1,05	0,72 – 1,51	0,81	N
	≥ 1º grau completo	48	52,2				
Adequação nível escolar	Não	26	52,0	0,97	0,69 – 1,37	0,88	N
	Sim	40	53,3				
Região	Distrito Federal	24	48,0	0,86	0,60 – 1,22	0,38	N
	Entorno	42	56,0				
Participação Social	Não	49	62,8	1,74	1,15 – 2,63	0,0039	S
	Sim	17	36,2				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 67, quanto ao tabagismo, com corte igual a fumante versus ex-fumante, verificou-se que indivíduos na faixa etária igual ou menor que 24 anos (80%) fumam mais frequentemente, bem como aqueles que não participam de organizações comunitárias ou associações (62,8%).

Na Tabela 17 – ANEXO (uso de mais que 20 cigarros por dia versus até 20 cigarros por dia), não houve associação estatisticamente significativa com as variáveis preditoras.

Tabela nº 68: Associação entre variáveis preditoras e características do tabagismo - hábito de fumo há mais de 10 anos versus hábito de fumo a tempo menor ou igual há 10 anos, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	11	40,7	0,64	0,38 – 1,06	0,062	N
	Feminino	25	64,1				
Idade	≤ 24	0	0,0	0,00	–	0,00000001	S
	> 25	36	78,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	17	63,0	0,99	0,64 – 1,52	0,96	N
	> 1,5 SM	14	63,6				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	17	60,7	1,21	0,75 – 1,97	0,43	N
	> 3,5 SM	13	50,0				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	10	55,6	1,03	0,63 – 1,67	0,92	N
	≥ 1º grau completo	26	54,2				
Adequação nível escolar	Não	16	61,5	1,23	0,80 – 1,90	0,36	N
	Sim	20	50,0				
Região	Distrito Federal	9	37,5	0,58	0,33 – 1,02	0,036	S
	Entorno	27	64,3				
Participação Social	Não	24	49,0	0,69	0,46 – 1,06	0,12	N
	Sim	12	70,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 68, quanto ao hábito de fumo há mais de dez anos versus hábito de fumo a tempo menor ou igual há dez anos, houve associação estatisticamente significativa com a faixa etária e com a região. Pessoas com idade maior que 25 anos e residentes no Entorno relataram, com maior frequência, possuir hábito de fumo há mais de dez anos.

Tabela nº 69: Associação entre variáveis preditoras e características do tabagismo involuntário ou passivo - freqüência em ambiente com fumo sim versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	79	32,8	0,91	0,73 – 1,15	0,43	N
	Feminino	126	35,9				
Idade	≤ 24	99	41,6	1,39	1,12 – 1,73	0,0035	S
	> 25	106	29,9				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	65	35,5	1,09	0,82 – 0,45	0,55	N
	> 1,5 SM	59	32,6				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	90	36,4	1,05	0,83 – 1,34	0,68	N
	> 3,5 SM	80	34,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	36	36,4	1,06	0,80 – 1,41	0,69	N
	≥ 1º grau completo	169	34,3				
Adequação nível escolar	Não	50	31,3	0,87	0,67 – 1,13	0,29	N
	Sim	155	35,9				
Região	Distrito Federal	77	30,2	0,80	0,63 – 1,00	0,048	S
	Entorno	128	38,0				
Participação Social	Não	112	33,6	0,94	0,75 – 1,17	0,56	N
	Sim	93	35,9				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 69, quanto ao tabagismo involuntário ou passivo, com freqüência em ambiente com fumo versus a não freqüência nesses ambientes, pessoas abaixo ou com 24 anos e residentes no Entorno relataram freqüentar esses ambientes com maior proporção (41,6% e 38%). Com o corte de freqüência em ambiente de fumo igual a outros (mais freqüentes) versus uma vez por mês + duas a quatro vezes por mês (Tabela 18 – ANEXO), não houve associação estatisticamente significativa com as variáveis preditoras.

Na Tabela 19 – ANEXO, quanto à inadequação do Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25, verificou-se que a idade acima de 25 anos foi a variável que teve associação estatisticamente significativa (43,2%; RP=0.48; IC=0.36-0.63; Valor p=0.00000001). As demais variáveis não tiveram significância.

7.14 Determinantes da inadequação do índice de massa corporal

Tabela nº 70: Associação entre variáveis preditoras e inadequação de índice de massa corporal maior ou igual a 30, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	15	6,2	0,55	0,31 – 0,97	0,033	S
	Feminino	40	11,4				
Idade	≤ 24	9	3,8	0,29	0,15 – 0,58	0,00015	S
	> 25	46	13,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	22	12,0	1,09	0,62 – 1,92	0,77	N
	> 1,5 SM	20	11,0				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	31	12,6	2,23	1,20 – 4,16	0,0089	S
	> 3,5 SM	13	5,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	14	14,1	1,70	0,96 – 3,00	0,068	N
	≥ 1º grau completo	41	8,3				
Adequação nível escolar	Não	22	13,8	1,80	1,08 – 2,99	0,023	S
	Sim	33	7,6				
Região	Distrito Federal	16	6,3	0,54	0,31 – 0,95	0,028	S
	Entorno	39	11,6				
Participação Social	Não	23	6,9	0,56	0,34 – 0,93	0,023	S
	Sim	32	12,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na tabela 70, quanto à inadequação do Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30, houve associação estatisticamente significativa com gênero, faixa etária, renda familiar, adequação do nível escolar, região e participação social. Pessoas do sexo feminino, com idade superior a 25 anos, renda familiar menor que 3,5 salários mínimos, sem adequação do nível escolar, residentes no Entorno e que participam de associações ou organizações comunitárias relataram maior frequência de inadequação de índice de massa corporal, ou seja, IMC=30.

7.15 Análise de fatores associados à existência de recursos de assistência à saúde e saneamento básico

Tabela nº 71: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de centro de saúde - não existe versus existe, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	35	14,5	1,46	0,94 – 2,26	0,092	N
	Feminino	35	10,0				
Idade	≤ 24	29	12,2	1,05	0,67 – 1,64	0,82	N
	> 25	41	11,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	8	4,4	0,32	0,15 – 0,68	0,0017	S
	> 1,5 SM	25	13,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	20	8,1	0,57	0,34 – 0,96	0,031	S
	> 3,5 SM	33	14,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	4	4,0	0,30	0,11 – 0,81	0,0086	S
	≥ 1º grau completo	66	13,4				
Adequação nível escolar	Não	14	8,8	0,68	0,39 – 1,18	0,15	N
	Sim	56	13,0				
Região	Distrito Federal	62	24,3	10,24	4,99 – 21,00	0,00000000	S
	Entorno	8	2,4				
Participação Social	Não	49	14,7	1,81	1,12 – 2,95	0,013	S
	Sim	21	8,1				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à inadequação na existência de centro de saúde, Tabela 71, houve associação estatisticamente significativa com renda pessoal, renda familiar, escolaridade, região e participação social. Indivíduos entrevistados de maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram maior frequência de inadequação na existência de centros de saúde. Destaca-se que a inadequação na existência de centro de saúde é cerca de 10 vezes mais freqüente no Distrito Federal do que no Entorno.

Na Tabela 20 – ANEXO, quanto à inadequação na existência de sede própria de centros de saúde, apenas o Distrito Federal teve valores estatísticos significantes, ou seja, a inadequação na existência de sede própria de centros de saúde é 1,39 vezes mais freqüente no DF do que no Entorno.

Tabela nº 72: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de programa saúde da família - não existe versus existe, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	129	53,5	1,72	1,42 – 2,10	0,00000004	S
	Feminino	109	31,1				
Idade	≤ 24	108	45,4	1,24	1,02 – 1,50	0,035	S
	> 25	130	36,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	50	27,6	0,75	0,55 – 1,02	0,061	N
	> 1,5 SM	66	36,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	93	37,7	0,95	0,75 – 1,18	0,62	N
	> 3,5 SM	92	39,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	34	34,3	0,83	0,62 – 1,11	0,19	N
	≥ 1º grau completo	204	41,4				
Adequação nível escolar	Não	62	38,8	0,95	0,76 – 1,19	0,66	N
	Sim	176	40,7				
Região	Distrito Federal	170	66,7	3,30	2,63 – 4,16	0,00000000	S
	Entorno	68	20,2				
Participação Social	Não	164	49,2	1,72	1,38 – 2,15	0,00000037	S
	Sim	74	28,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à inadequação na existência de Programa Saúde da Família (PSF), Tabela 72, observou-se valores estatisticamente significantes no gênero, onde homens relataram 1,72 mais que as mulheres essa inadequação, bem como indivíduos com 24 anos ou menos. Destacaram-se também as variáveis da região e da participação social, onde verificou-se que a inadequação na existência do PSF é cerca de três vezes maior no DF do que no Entorno, assim como pessoas que não participam de organizações sociais ou associações relataram com mais frequência essa inadequação.

Tabela nº 73: Associação entre variáveis preditoras e inadequação da existência de visita do programa saúde da família - não existe versus existe, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	157	65,1	1,57	1,34 – 1,83	0,00000002	S
	Feminino	146	41,6				
Idade	≤ 24	132	55,5	1,15	0,98 – 1,34	0,087	N
	> 25	171	48,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	65	35,5	0,74	0,58 – 0,95	0,015	S
	> 1,5 SM	87	48,1				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	116	47,0	0,85	0,72 – 1,02	0,080	N
	> 3,5 SM	127	55,0				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	39	39,4	0,74	0,57 – 0,95	0,010	S
	≥ 1º grau completo	264	53,5				
Adequação nível escolar	Não	76	47,5	0,90	0,75 – 1,09	0,27	N
	Sim	227	52,5				
Região	Distrito Federal	209	82,0	2,94	2,45 – 3,52	0,00000000	S
	Entorno	94	27,9				
Participação Social	Não	199	59,8	1,49	1,25 – 1,77	0,0000022	S
	Sim	104	40,2				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à inadequação na existência de visitas do Programa Saúde da Família (PSF), Tabela 73, observou-se que os homens relataram com mais frequência essa inadequação do que as mulheres (65,1% e 41,6% respectivamente). Houve associação estatisticamente significativa com renda pessoal, escolaridade, região e participação social, onde indivíduos com maior renda pessoal, com nível de escolaridade no 1º grau completo ou mais, residentes no Distrito Federal (RP=2.94; IC=2.45-3.52 e Valor p=0.00000000) e que não participam de organizações comunitárias ou associações relataram maior frequência na inadequação de visitas do PSF.

Tabela nº 74: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de sistema de referência e contra-referência - não existe versus existe, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	88	36,5	1,49	1,16 – 1,91	0,0016	S
	Feminino	86	24,5				
Idade	≤ 24	74	31,1	1,10	0,86 – 1,42	0,45	N
	> 25	100	28,2				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	36	19,7	0,68	0,47 – 0,99	0,043	S
	> 1,5 SM	52	28,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	59	23,9	0,69	0,52 – 0,92	0,0098	S
	> 3,5 SM	80	34,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	22	22,2	0,72	0,49 – 1,07	0,086	N
	≥ 1º grau completo	152	30,8				
Adequação nível escolar	Não	41	25,6	0,83	0,62 – 1,12	0,22	N
	Sim	133	30,8				
Região	Distrito Federal	118	46,3	2,78	2,12 – 3,66	0,00000000	S
	Entorno	56	16,6				
Participação Social	Não	108	32,4	1,27	0,98 – 1,65	0,065	N
	Sim	66	25,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à inadequação na existência de Sistema de Referência e Contra-referência, Tabela 74, foi observado que 36,5% dos homens relataram inadequação, sendo que 28,7% dos entrevistados possuíam renda pessoal acima de 1,5 salários mínimos e, 34,6% renda familiar acima de 3,5 salários mínimos. Pessoas residentes no Distrito Federal relataram a inadequação na existência de Sistema de Referência e Contra-referência 2,78 vezes mais frequentemente do que os residentes no Entorno.

Tabela nº 75: Associação entre variáveis preditoras e inadequação do funcionamento do sistema de referência e contra-referência - não funciona versus funciona, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	117	48,5	1,41	1,16 – 1,71	0,00060	S
	Feminino	121	34,5				
Idade	≤ 24	101	42,4	1,10	0,90 – 1,34	0,36	N
	> 25	137	38,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	54	29,5	0,76	0,57 – 1,02	0,065	N
	> 1,5 SM	70	38,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	90	36,4	0,79	0,64 – 0,99	0,035	S
	> 3,5 SM	106	45,9				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	35	35,4	0,86	0,64 – 1,14	0,28	N
	≥ 1º grau completo	203	41,2				
Adequação nível escolar	Não	59	36,9	0,89	0,71 – 1,12	0,31	N
	Sim	179	41,4				
Região	Distrito Federal	153	60,0	2,38	1,93 – 2,93	0,00000000	S
	Entorno	85	25,2				
Participação Social	Não	142	42,6	1,15	0,94 – 1,41	0,17	N
	Sim	96	37,1				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 75, quanto à inadequação no funcionamento do Sistema de Referência e Contra-referência, foi verificado valores estatisticamente significantes nas variáveis de gênero, renda familiar e região, sendo que 48,5% dos homens referiram inadequação no funcionamento do referido sistema com maior frequência. Ademais, indivíduos com maior renda familiar e residentes do Distrito Federal relataram também com mais frequência a inadequação no funcionamento do Sistema de Referência e Contra-referência.

Tabela nº 76: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional médico - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	111	46,1	1,43	1,17 – 1,75	0,00063	S
	Feminino	113	32,2				
Idade	≤ 24	94	39,5	1,08	0,87 – 1,32	0,49	N
	> 25	130	36,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	39	21,3	0,55	0,39 – 0,77	0,00030	S
	> 1,5 SM	70	38,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	66	26,7	0,56	0,44 – 0,72	0,0000022	S
	> 3,5 SM	110	47,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	16	16,2	0,38	0,24 – 0,61	0,0000011	S
	≥ 1º grau completo	208	42,2				
Adequação nível escolar	Não	48	30,0	0,74	0,57 – 0,96	0,016	S
	Sim	176	40,7				
Região	Distrito Federal	181	71,0	5,56	4,16 – 7,43	0,00000000	S
	Entorno	43	12,8				
Participação Social	Não	153	45,9	1,68	1,33 – 2,11	0,0000040	S
	Sim	71	27,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 76, quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional médico, ponto de corte não + não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade e adequação do nível escolar, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade e com adequação do nível escolar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional médico em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 5,56 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 77: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional enfermeiro - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	115	47,7	1,38	1,14 – 1,68	0,0012	S
	Feminino	121	34,5				
Idade	≤ 24	103	43,3	1,15	0,95 – 1,40	0,16	N
	> 25	133	37,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	50	27,3	0,80	0,58 – 1,09	0,15	N
	> 1,5 SM	62	34,3				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	76	30,8	0,68	0,54 – 0,86	0,00095	S
	> 3,5 SM	105	45,5				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	26	26,3	0,62	0,44 – 0,87	0,0024	S
	≥ 1º grau completo	210	42,6				
Adequação nível escolar	Não	61	38,1	0,94	0,75 – 1,18	0,59	N
	Sim	175	40,5				
Região	Distrito Federal	178	69,8	4,06	3,17 – 5,20	0,00000000	S
	Entorno	58	17,2				
Participação Social	Não	159	47,7	1,61	1,29 – 2,00	0,0000090	S
	Sim	77	29,7				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 77, quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional enfermeiro, ponto de corte não + não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, renda familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino (47,7%), com maior renda familiar (45,5%), com maior escolaridade (42,6%), residentes no Distrito Federal (69,8%) e que não participam de associações ou organizações comunitárias (47,7%) relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional enfermeiro em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é cerca de quatro vezes mais freqüente no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 78: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional cirurgião dentista - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	165	68,5	1,54	1,33 – 1,78	0,00000001	S
	Feminino	156	44,4				
Idade	≤ 24	132	55,5	1,04	0,89 – 1,21	0,62	N
	> 25	189	53,4				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	67	36,6	0,68	0,54 – 0,86	0,0011	S
	> 1,5 SM	97	53,6				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	106	42,9	0,67	0,56 – 0,80	0,0000037	S
	> 3,5 SM	148	64,1				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	36	36,4	0,83	0,48 – 0,83	0,0000094	S
	≥ 1º grau completo	285	57,8				
Adequação nível escolar	Não	77	48,1	0,85	0,71 – 1,02	0,070	N
	Sim	244	56,5				
Região	Distrito Federal	229	89,8	3,29	2,75 – 3,93	0,00000000	S
	Entorno	92	27,3				
Participação Social	Não	211	63,4	1,49	1,27 – 1,76	0,00000043	S
	Sim	110	42,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional cirurgião dentista, ponto de corte não + não sei versus sim, Tabela 78, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional cirurgião dentista em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 3,29 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 79: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de enfermagem - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	146	60,6	1,32	1,13 – 1,54	0,00043	S
	Feminino	161	45,9				
Idade	≤ 24	136	57,1	1,18	1,01 – 1,38	0,035	S
	> 25	171	48,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	77	42,1	0,91	0,72 – 1,14	0,40	N
	> 1,5 SM	84	46,4				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	107	43,3	0,76	0,63 – 0,91	0,0025	S
	> 3,5 SM	132	57,1				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	50	50,5	0,97	0,78 – 1,20	0,76	N
	≥ 1º grau completo	257	52,1				
Adequação nível escolar	Não	90	56,3	1,12	0,95 – 1,32	0,19	N
	Sim	217	50,2				
Região	Distrito Federal	205	80,4	2,66	2,23 – 3,16	0,00000000	S
	Entorno	102	30,3				
Participação Social	Não	198	59,5	1,41	1,19 – 1,67	0,000027	S
	Sim	109	42,1				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 79, quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de enfermagem, ponto de corte não + não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, faixa etária, renda familiar, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com idade igual ou menor a 24 anos, com maior renda familiar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional técnico de enfermagem em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 2,66 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 80: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de enfermagem - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	144	59,8	1,34	1,15 – 1,57	0,00025	S
	Feminino	156	44,4				
Idade	≤ 24	134	56,3	1,20	1,03 – 1,41	0,024	S
	> 25	166	46,9				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	79	43,2	0,98	0,77 – 1,23	0,84	N
	> 1,5 SM	80	44,2				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	108	43,7	0,78	0,65 – 0,93	0,0061	S
	> 3,5 SM	130	56,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	47	47,5	0,93	0,74 – 1,16	0,48	N
	≥ 1º grau completo	253	51,3				
Adequação nível escolar	Não	90	56,3	1,16	0,98 – 1,37	0,099	N
	Sim	210	48,6				
Região	Distrito Federal	205	80,4	2,85	2,38 – 3,42	0,00000000	S
	Entorno	95	28,2				
Participação Social	Não	201	60,4	1,58	1,32 – 1,89	0,00000009	S
	Sim	99	38,2				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 80, quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de enfermagem, ponto de corte não + não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, faixa etária, renda familiar, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com idade igual ou menor que 24 anos, com maior renda familiar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional auxiliar de enfermagem em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 2,85 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 81: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de higiene dental - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	195	80,9	1,13	1,03 – 1,24	0,0091	S
	Feminino	251	71,5				
Idade	≤ 24	183	76,9	1,03	0,94 – 1,14	0,47	N
	> 25	263	74,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	127	69,4	0,97	0,85 – 1,10	0,61	N
	> 1,5 SM	130	71,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	175	70,9	0,88	0,79 – 0,97	0,010	S
	> 3,5 SM	187	81,0				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	68	68,7	0,90	0,78 – 1,03	0,092	N
	≥ 1º grau completo	378	76,7				
Adequação nível escolar	Não	118	73,8	0,97	0,87 – 1,08	0,58	N
	Sim	328	75,9				
Região	Distrito Federal	235	92,2	1,47	1,35 – 1,61	0,00000000	S
	Entorno	211	62,6				
Participação Social	Não	271	81,4	1,20	1,09 – 1,33	0,00011	S
	Sim	175	67,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 81, quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de higiene dental, ponto de corte não + não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, renda familiar, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maior renda familiar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional técnico de higiene dental em suas comunidades.

Tabela nº 82: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de consultório dental - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	182	75,5	1,46	0,29 – 1,66	0,00000000	S
	Feminino	181	51,6				
Idade	≤ 24	152	63,9	1,07	0,94 – 1,22	0,29	N
	> 25	211	59,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	83	45,4	0,75	0,62 – 0,92	0,0045	S
	> 1,5 SM	109	60,2				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	122	49,4	0,70	0,60 – 0,81	0,0000024	S
	> 3,5 SM	163	70,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	42	42,4	0,65	0,51 – 0,83	0,000023	S
	≥ 1º grau completo	321	65,1				
Adequação nível escolar	Não	87	54,4	0,85	0,73 – 1,00	0,034	S
	Sim	276	63,9				
Região	Distrito Federal	235	92,2	2,43	2,11 – 2,79	0,00000000	S
	Entorno	128	38,0				
Participação Social	Não	231	69,4	1,36	1,18 – 1,56	0,0000051	S
	Sim	132	51,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 82, quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de consultório dental, ponto de corte não + não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade e adequação do nível escolar, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade e com adequação do nível escolar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional auxiliar de consultório dental em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 2,43 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 83: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde - não + não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	117	48,5	1,48	1,22 – 1,81	0,00011	S
	Feminino	115	32,8				
Idade	≤ 24	101	42,4	1,15	0,94 – 1,40	0,18	N
	> 25	131	37,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	43	23,5	0,64	0,47 – 0,89	0,0069	S
	> 1,5 SM	66	36,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	75	30,4	0,66	0,52 – 0,83	0,00033	S
	> 3,5 SM	107	46,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	22	22,2	0,52	0,36 – 0,76	0,00015	S
	≥ 1º grau completo	210	42,6				
Adequação nível escolar	Não	55	34,4	0,84	0,66 – 1,07	0,14	N
	Sim	177	41,0				
Região	Distrito Federal	188	73,7	5,65	4,25 – 7,51	0,00000000	S
	Entorno	44	13,1				
Participação Social	Não	161	48,3	1,76	1,41 – 2,21	0,00000023	S
	Sim	71	27,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 83, quanto à associação de variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde, ponto de corte não + não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 5,65 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 84: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional médico - não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	90	40,9	1,54	1,21 – 1,96	0,00044	S
	Feminino	86	26,5				
Idade	≤ 24	77	34,8	1,14	0,89 – 1,45	0,30	N
	> 25	99	30,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	32	18,2	0,56	0,38 – 0,81	0,0020	S
	> 1,5 SM	54	32,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	52	22,3	0,52	0,39 – 0,69	0,0000034	S
	> 3,5 SM	91	42,9				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	13	13,5	0,37	0,22 – 0,63	0,000014	S
	≥ 1º grau completo	163	36,4				
Adequação nível escolar	Não	41	26,8	0,78	0,58 – 1,04	0,083	N
	Sim	135	34,5				
Região	Distrito Federal	144	66,1	6,73	4,78 – 9,48	0,00000000	S
	Entorno	32	9,8				
Participação Social	Não	121	40,2	1,78	1,36 – 2,33	0,000013	S
	Sim	55	22,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 84, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional médico, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional médico em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 6,73 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 85: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional enfermeiro - não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	97	43,5	1,49	1,19 – 1,87	0,00059	S
	Feminino	95	29,2				
Idade	≤ 24	88	39,5	1,23	0,98 – 1,55	0,072	N
	> 25	104	32,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	39	22,7	0,75	0,52 – 1,07	0,10	N
	> 1,5 SM	52	30,4				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	62	26,6	0,64	0,49 – 0,83	0,00076	S
	> 3,5 SM	90	41,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	23	24,0	0,64	0,44 – 0,93	0,012	S
	≥ 1º grau completo	169	37,4				
Adequação nível escolar	Não	51	34,0	0,96	0,74 – 1,24	0,75	N
	Sim	141	35,4				
Região	Distrito Federal	143	65,0	4,35	3,30 – 5,73	0,00000000	S
	Entorno	49	14,9				
Participação Social	Não	131	43,0	1,71	1,33 – 2,20	0,000013	S
	Sim	61	25,1				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 85, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional enfermeiro, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, renda familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maior renda familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional enfermeiro em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 4,35 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 86: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional cirurgião dentista - não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	126	62,4	1,84	1,52 – 2,23	0,00000000	S
	Feminino	100	33,9				
Idade	≤ 24	94	47,0	1,06	0,87 – 1,28	0,57	N
	> 25	132	44,4				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	43	27,0	0,59	0,43 – 0,80	0,00043	S
	> 1,5 SM	72	46,2				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	69	32,9	0,56	0,45 – 0,70	0,00000019	S
	> 3,5 SM	117	58,5				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	23	26,7	0,54	0,38 – 0,78	0,00012	S
	≥ 1º grau completo	203	49,4				
Adequação nível escolar	Não	52	38,5	0,0	0,63 – 1,02	0,057	N
	Sim	174	48,1				
Região	Distrito Federal	181	87,4	5,63	4,29 – 7,41	0,00000000	S
	Entorno	45	15,5				
Participação Social	Não	150	55,1	1,63	1,32 – 2,02	0,0000019	S
	Sim	76	33,8				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 86, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional cirurgião dentista, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional cirurgião dentista em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 5,63 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 87: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de enfermagem - não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	124	56,6	1,39	1,17 – 1,66	0,00026	S
	Feminino	130	40,6				
Idade	≤ 24	113	52,6	1,21	1,01 – 1,44	0,039	S
	> 25	141	43,5				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	65	38,0	0,90	0,69 – 1,17	0,42	N
	> 1,5 SM	71	42,3				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	90	39,1	0,73	0,60 – 0,90	0,0024	S
	> 3,5 SM	114	53,5				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	40	44,9	0,95	0,74 – 1,21	0,65	N
	≥ 1º grau completo	214	47,6				
Adequação nível escolar	Não	75	51,7	1,14	0,94 – 1,38	0,19	N
	Sim	179	45,4				
Região	Distrito Federal	169	77,2	2,91	2,39 – 3,53	0,00000000	S
	Entorno	85	26,6				
Participação Social	Não	163	57,7	1,45	1,20 – 1,76	0,000091	S
	Sim	91	37,8				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 87, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de enfermagem, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, faixa etária, renda familiar, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com idade igual ou menor a 24 anos, com maior renda familiar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional técnico de enfermagem em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 2,91 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 88: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de enfermagem - não sei versus sim, na população do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	122	55,7	1,42	1,19 – 1,70	0,00016	S
	Feminino	126	39,3				
Idade	≤ 24	115	52,5	1,27	1,06 – 1,52	0,011	S
	> 25	133	41,4				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	66	38,8	0,98	0,75 – 1,28	0,89	N
	> 1,5 SM	66	39,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	90	39,3	0,75	0,61 – 0,92	0,0051	S
	> 3,5 SM	112	52,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	41	44,1	0,95	0,74 – 1,22	0,69	N
	≥ 1º grau completo	207	46,3				
Adequação nível escolar	Não	79	53,0	1,23	1,02 – 1,48	0,041	S
	Sim	169	43,2				
Região	Distrito Federal	168	77,1	3,10	2,53 – 3,80	0,00000000	S
	Entorno	80	24,8				
Participação Social	Não	165	55,3	1,63	1,33 – 1,99	0,00000071	S
	Sim	83	34,2				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 88, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de enfermagem, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, faixa etária, renda familiar, adequação do nível escolar, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com idade igual ou menor a 24 anos, com maior renda familiar, sem adequação no nível escolar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional auxiliar de enfermagem em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 3,10 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 89: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de higiene dental - não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	151	76,6	0,21	1,08 – 1,37	0,0019	S
	Feminino	172	63,2				
Idade	≤ 24	133	70,7	1,05	0,93 – 1,18	0,47	N
	> 25	190	67,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	89	61,4	0,94	0,79 – 1,11	0,46	N
	> 1,5 SM	97	65,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	119	62,3	0,81	0,71 – 0,93	0,0023	S
	> 3,5 SM	145	76,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	40	56,3	0,79	0,64 – 0,98	0,013	S
	≥ 1º grau completo	283	71,1				
Adequação nível escolar	Não	82	66,1	0,95	0,82 – 1,09	0,44	N
	Sim	241	69,9				
Região	Distrito Federal	186	90,3	1,73	1,53 – 1,96	0,00000000	S
	Entorno	137	52,1				
Participação Social	Não	197	76,1	1,27	1,11 – 1,44	0,00019	S
	Sim	126	60,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 89, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional técnico de higiene dental, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, renda familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maior renda familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional técnico de higiene dental em suas comunidades.

Tabela nº 90: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de consultório dental - não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	148	71,5	1,62	1,39 – 1,89	0,00000000	S
	Feminino	134	44,1				
Idade	≤ 24	123	58,9	1,12	0,96 – 1,31	0,16	N
	> 25	159	52,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	62	38,3	0,71	0,51 – 0,91	0,0064	S
	> 1,5 SM	83	53,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	96	43,4	0,66	0,55 – 0,79	0,0000053	S
	> 3,5 SM	130	65,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	35	38,0	0,65	0,49 – 0,85	0,00026	S
	≥ 1º grau completo	247	58,9				
Adequação nível escolar	Não	71	49,3	0,86	0,71 – 1,03	0,94	N
	Sim	211	57,5				
Região	Distrito Federal	189	90,4	2,94	2,47 – 3,50	0,00000000	S
	Entorno	93	30,8				
Participação Social	Não	184	64,3	1,48	1,24 – 1,75	0,0000028	S
	Sim	98	43,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 90, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional auxiliar de consultório dental, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional auxiliar de consultório dental em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 2,94 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 91: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde - não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	96	43,6	1,62	1,28 – 2,05	0,000053	S
	Feminino	87	26,9				
Idade	≤ 24	82	37,4	1,20	0,95 – 0,52	0,12	N
	> 25	101	31,2				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	35	20,0	0,63	0,44 – 0,92	0,014	S
	> 1,5 SM	53	31,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	59	25,5	0,61	0,47 – 0,80	0,00029	S
	> 3,5 SM	89	41,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	18	18,9	0,51	0,33 – 0,79	0,00081	S
	≥ 1º grau completo	165	36,8				
Adequação nível escolar	Não	45	30,0	0,85	0,65 – 1,13	0,26	N
	Sim	138	35,1				
Região	Distrito Federal	149	69,0	6,63	4,77 – 9,23	0,00000000	S
	Entorno	34	10,4				
Participação Social	Não	130	43,0	1,96	1,49 – 2,57	0,00000026	S
	Sim	53	22,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Na Tabela 91, quanto à associação entre variáveis preditoras e inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde, ponto de corte não sei versus sim, houve associação estatisticamente significativa com gênero, rendas pessoal e familiar, escolaridade, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde em suas comunidades. Destaca-se que essa inadequação é 6,63 vezes maior no Distrito Federal do que no Entorno.

Tabela nº 92: Associação entre variáveis preditoras e saneamento – existência de água encanada versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	237	98,3	1,05	1,01 – 1,08	0,010	S
	Feminino	330	94,0				
Idade	≤ 24	226	95,0	0,99	0,95 – 1,02	0,41	N
	> 25	341	96,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	173	94,5	0,98	0,94 – 1,02	0,31	N
	> 1,5 SM	175	96,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	233	94,3	0,96	0,93 – 0,99	0,024	S
	> 3,5 SM	227	98,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	94	94,9	0,99	0,94 – 1,04	0,65*	N
	≥ 1º grau completo	473	95,9				
Adequação nível escolar	Não	148	92,5	0,95	0,91 – 1,00	0,015	S
	Sim	419	97,0				
Região	Distrito Federal	252	98,8	1,06	1,02 – 1,09	0,0013	S
	Entorno	315	93,5				
Participação Social	Não	321	96,4	1,01	0,98 – 1,05	0,39	N
	Sim	246	95,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à associação entre variáveis preditoras e a existência de água encanada, Tabela 92, verificou-se que indivíduos do sexo masculino (98,3%), pessoas com renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, com adequação do nível escolar e residentes no Distrito Federal relataram com maior frequência a existência de água encanada nas regiões pesquisadas.

Tabela nº 93: Associação entre variáveis preditoras e saneamento – existência de água tratada versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	231	95,9	1,07	1,02 – 1,12	0,0064	S
	Feminino	315	89,7				
Idade	≤ 24	215	90,3	0,97	0,92 – 1,02	0,15	N
	> 25	331	93,5				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	170	92,9	1,01	0,95 – 1,07	0,81	N
	> 1,5 SM	167	92,3				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	222	89,9	0,94	0,90 – 0,99	0,026	S
	> 3,5 SM	220	95,2				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	86	86,9	0,93	0,86 – 1,01	0,029	S
	≥ 1º grau completo	460	93,3				
Adequação nível escolar	Não	143	89,4	0,96	0,90 – 1,02	0,11	N
	Sim	403	93,3				
Região	Distrito Federal	252	98,8	1,13	1,09 – 1,18	0,00000019	S
	Entorno	294	87,2				
Participação Social	Não	314	94,3	1,05	1,00 – 1,11	0,033	S
	Sim	232	89,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à associação entre variáveis preditoras e a existência de água tratada, Tabela 93, verificou-se que indivíduos do sexo masculino (95,9%), pessoas com renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a existência de água tratada nas regiões pesquisadas.

Tabela nº 94: Associação entre variáveis preditoras e saneamento – existência de água de poço artesiano versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	24	10,0	0,56	0,36 – 0,88	0,0090	S
	Feminino	62	17,7				
Idade	≤ 24	43	18,1	1,49	1,01 – 2,20	0,045	S
	> 25	43	12,1				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	30	16,4	1,06	0,66 – 1,70	0,80	N
	> 1,5 SM	38	15,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	38	15,4	1,42	0,89 – 2,28	0,14	N
	> 3,5 SM	25	10,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	18	18,2	1,32	0,82 – 2,11	0,25	N
	≥ 1º grau completo	68	13,8				
Adequação nível escolar	Não	36	22,5	1,94	1,32 – 2,87	0,00081	S
	Sim	50	11,6				
Região	Distrito Federal	12	4,7	0,21	0,12 – 0,39	0,00000000	S
	Entorno	74	22,0				
Participação Social	Não	42	12,6	0,74	0,50 – 1,10	0,13	N
	Sim	44	17,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à associação entre variáveis preditoras e a existência de poço artesiano, Tabela 94, verificou-se que indivíduos do sexo feminino (17,7%), com idade igual ou menor a 24 anos, sem adequação do nível escolar e residentes no Entorno relataram com maior frequência a existência de poço artesiano nas regiões pesquisadas.

Tabela n° 95: Associação entre variáveis preditoras e saneamento – existência de esgoto versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	183	75,9	1,37	1,22 – 1,55	0,00000029	S
	Feminino	194	55,3				
Idade	≤ 24	159	66,8	1,08	0,96 – 1,23	0,19	N
	> 25	218	61,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	95	51,9	0,79	0,66 – 0,94	0,0074	S
	> 1,5 SM	119	65,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	137	55,5	0,95	0,65 – 0,86	0,000023	S
	> 3,5 SM	171	74,0				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	32	32,3	0,46	0,35 – 0,62	0,00000000	S
	≥ 1º grau completo	345	70,0				
Adequação nível escolar	Não	73	45,6	0,65	0,54 – 0,78	0,00000003	S
	Sim	304	70,4				
Região	Distrito Federal	239	93,7	2,29	2,01 – 2,61	0,00000000	S
	Entorno	138	40,9				
Participação Social	Não	233	70,0	1,26	1,11 – 1,43	0,00031	S
	Sim	144	55,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à associação entre variáveis preditoras e a existência de esgoto, Tabela 95, verificou-se que indivíduos do sexo masculino (75,9%), pessoas com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade e com adequação do nível escolar, residentes no Distrito Federal e que não participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a existência de esgoto nas regiões pesquisadas. Destaca-se o Distrito Federal, onde a existência de esgoto é 2,29 vezes mais frequente que no Entorno.

Tabela nº 96: Associação entre variáveis preditoras e saneamento – existência de fossa séptica versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	79	32,8	0,58	0,48 – 0,72	0,00000002	S
	Feminino	197	56,1				
Idade	≤ 24	108	45,4	0,96	0,80 – 1,14	0,61	N
	> 25	168	47,5				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	116	63,4	1,49	1,22 – 1,82	0,000069	S
	> 1,5 SM	77	42,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	142	57,6	1,72	1,40 – 2,13	0,00000012	S
	> 3,5 SM	77	33,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	74	74,7	1,82	1,56 – 2,13	0,00000000	S
	≥ 1º grau completo	202	41,0				
Adequação nível escolar	Não	98	61,3	1,49	1,26 – 1,76	0,000014	S
	Sim	178	41,2				
Região	Distrito Federal	32	12,5	0,17	0,12 – 0,24	0,00000000	S
	Entorno	244	72,4				
Participação Social	Não	132	39,6	0,71	0,60 – 0,85	0,00011	S
	Sim	144	55,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à associação entre variáveis preditoras e a existência de fossa séptica, Tabela 96, verificou-se que indivíduos do sexo feminino, com menores rendas pessoal e familiar, com menor escolaridade e sem adequação do nível escolar, residentes no Entorno e que participam de associações ou organizações comunitárias relataram com maior frequência a existência de fossa séptica nas regiões pesquisadas.

Na Tabela 21 – ANEXO, não houve associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis preditoras e a existência de rede elétrica.

Tabela nº 97: Associação entre variáveis preditoras e saneamento – existência de ruas pavimentadas versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
Sexo	Masculino	216	89,6	1,06	1,00 – 1,13	0,064	N
	Feminino	296	84,3				
Idade	≤ 24	197	82,8	0,93	0,87 – 1,00	0,030	S
	> 25	315	89,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	161	88,0	1,00	0,93 – 1,08	0,96	N
	> 1,5 SM	159	87,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	202	81,8	0,89	0,83 – 0,96	0,0013	S
	> 3,5 SM	212	91,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	75	75,8	0,85	0,76 – 0,96	0,00062	S
	≥ 1º grau completo	437	88,6				
Adequação nível escolar	Não	126	78,8	0,88	0,81 – 0,96	0,00081	S
	Sim	386	89,4				
Região	Distrito Federal	243	95,3	1,19	1,12 – 1,27	0,00000005	S
	Entorno	269	79,8				
Participação Social	Não	292	87,7	1,03	0,97 – 1,10	0,33	N
	Sim	220	84,9				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à associação entre variáveis preditoras e a existência de ruas pavimentadas, Tabela 97, verificou-se que indivíduos com idade superior a 25 anos, com renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, com maior escolaridade e com adequação do nível escolar e residentes no Distrito Federal relataram com maior frequência a existência de ruas pavimentadas nas regiões pesquisadas.

7.16 Determinantes da utilização das bibliotecas e motivos alegados para frequentá-las

Tabela nº 98: Associação entre variáveis preditoras e inadequação na frequência de utilização da biblioteca - uma vez por semana e menos versus duas ou mais vezes por semana, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	82	34,0	0,65	0,53 – 0,80	0,000013	S
	Feminino	183	52,1				
Idade	≤ 24	112	47,1	1,09	0,91 – 1,30	0,35	N
	> 25	153	43,2				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	82	44,8	1,05	0,83 – 1,33	0,66	N
	> 1,5 SM	77	42,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	127	51,4	1,41	1,15 – 1,74	0,00093	S
	> 3,5 SM	184	36,4				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	73	73,7	1,89	1,61 – 2,22	0,0000	S
	≥ 1º grau completo	192	38,9				
Adequação nível escolar	Não	109	68,1	1,89	1,60 – 2,22	0,0000	S
	Sim	156	36,1				
Região	Distrito Federal	81	31,8	0,58	0,47 – 0,71	0,00000003	S
	Entorno	184	54,6				
Participação Social	Não	142	42,6	0,90	0,75 – 1,07	0,23	N
	Sim	123	47,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Quanto à inadequação na frequência de utilização das bibliotecas, ponto de corte uma vez por semana e menos versus duas ou mais vezes por semana, Tabela 98, verificou-se que as mulheres utilizam a biblioteca mais inadequadamente que os homens. Ademais, houve associação estatisticamente significativa com renda familiar, escolaridade, adequação do nível escolar e região. Indivíduos com menor renda familiar, com nível igual ou inferior ao 1º grau incompleto e sem adequação do nível escolar, e residentes no Entorno relataram mais vezes a inadequação na frequência de utilização das bibliotecas.

Tabela nº 99: Associação entre variáveis preditoras e motivos de presença na biblioteca – motivos sociais versus motivos de estudos, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	82	34,0	0,68	0,55 – 0,83	0,00010	S
	Feminino	176	50,1				
Idade	≤ 24	62	26,1	0,47	0,37 – 0,59	0,00000000	S
	> 25	196	54,4				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	93	50,8	0,86	0,71 – 1,04	0,11	N
	> 1,5 SM	107	59,1				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	110	44,5	1,11	0,90 – 1,36	0,34	N
	> 3,5 SM	93	40,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	37	37,4	0,83	0,63 – 1,10	0,17	N
	≥ 1º grau completo	221	44,8				
Adequação nível escolar	Não	69	43,1	0,99	0,80 – 1,21	0,89	N
	Sim	189	43,8				
Região	Distrito Federal	78	30,6	0,57	0,46 – 0,71	0,00000003	S
	Entorno	180	53,4				
Participação Social	Não	130	39,0	0,79	0,66 – 0,55	0,011	S
	Sim	128	49,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

Listagem Motivos:

- 1- Acesso digital
- 2- Estudar para concursos
- 3- Estudar para vestibulares
- 4- Estudos convencionais
- 5 Leitura
- 6- Reunião de grupos

Observação: motivos de estudos = 2,3 e 4; e motivos sociais = 1, 5 e 6.

Quanto à associação entre variáveis preditoras e motivos de presença nas bibliotecas, Tabela 99, verificou-se que as mulheres freqüentam a biblioteca mais "inadequadamente" por motivos sociais que os homens. Houve associação estatisticamente significativa com faixa etária, região e participação social. Indivíduos com idade superior a 25 anos, residentes no Entorno e que participam de organizações comunitárias ou associações relataram mais vezes a "inadequação" na freqüência da biblioteca por motivos sociais do que por motivos de estudos.

7.17 Determinantes das variáveis relacionadas à qualidade de vida

Tabela nº 100: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto físico**** nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Insatisfação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	80	33,19	0,65	0,53 – 0,80	0,000013	S
	Feminino	180	51,28				
Idade	≤ 24	91	38,2	0,80	0,66 – 0,97	0,022	S
	> 25	169	47,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	99	54,1	1,26	1,01 – 1,56	0,035	S
	> 1,5 SM	78	43,1				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	115	46,6	1,06	0,87 – 1,30	0,53	N
	> 3,5 SM	101	43,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	49	49,5	1,16	0,92 – 1,45	0,22	N
	≥ 1º grau completo	211	42,8				
Adequação nível escolar	Não	76	47,5	1,12	0,92 – 1,36	0,28	N
	Sim	184	42,6				
Região	Distrito Federal	105	41,2	0,90	0,74 – 1,08	0,24	N
	Entorno	155	46,0				
Participação Social	Não	131	39,3	0,79	0,66 – 0,95	0,010	S
	Sim	129	49,8				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** Domínio 1 – Físico – WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70.

Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 100, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto físico, houve associação estatisticamente significativa com gênero, faixa etária, renda pessoal e participação social. Pessoas do sexo feminino, com idade superior a 25 anos, com menor renda pessoal e que participam de organizações comunitárias ou associações relataram maior frequência da inadequação na qualidade de vida no aspecto físico.

Tabela nº 101: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto psicológico**** nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Insatisfação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	89	36,9	0,69	0,57 – 0,83	0,000051	S
	Feminino	189	53,8				
Idade	≤ 24	105	44,1	0,90	0,76 – 1,08	0,25	N
	> 25	173	48,9				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	99	54,1	1,36	1,09 – 1,70	0,0062	S
	> 1,5 SM	72	39,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	125	50,6	1,17	0,96 – 1,42	0,10	N
	> 3,5 SM	100	43,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	59	59,6	1,34	1,11 – 1,62	0,0058	S
	≥ 1º grau completo	219	44,4				
Adequação nível escolar	Não	86	53,8	1,21	1,01 – 1,45	0,044	S
	Sim	192	44,4				
Região	Distrito Federal	119	46,7	0,99	0,83 – 0,18	0,90	N
	Entorno	159	47,2				
Participação Social	Não	164	49,2	1,12	0,94 – 1,33	0,20	N
	Sim	114	44,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

****Dominio 2 – Psicológico – WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 101, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto psicológico, houve associação estatisticamente significativa com gênero, renda pessoal, escolaridade e adequação do nível escolar. Pessoas do sexo feminino, com menor renda pessoal, com menor escolaridade e sem adequação do nível escolar relataram maior frequência da inadequação na qualidade de vida no aspecto psicológico.

Tabela nº 102: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto das relações sociais**** nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Insatisfação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	88	36,5	0,76	0,62 – 0,93	0,000013	S
	Feminino	169	48,1				
Idade	≤ 24	96	40,3	0,89	0,73 – 1,07	0,21	N
	> 25	161	45,5				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	87	47,5	1,18	0,93 – 1,49	0,16	N
	> 1,5 SM	73	40,3				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	119	48,2	1,21	0,99 – 1,48	0,066	N
	> 3,5 SM	92	39,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	50	50,5	1,20	0,96 – 0,50	0,11	N
	≥ 1º grau completo	207	42,0				
Adequação nível escolar	Não	85	53,1	1,33	1,11 – 1,61	0,0037	S
	Sim	172	39,8				
Região	Distrito Federal	125	49,0	1,25	1,04 – 1,50	0,016	S
	Entorno	132	39,2				
Participação Social	Não	149	44,7	1,07	0,89 – 1,29	0,45	N
	Sim	108	41,7				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** Domínio 3 – Relações Sociais – WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 102, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto das relações pessoais, houve associação estatisticamente significativa com gênero, adequação do nível escolar e região. Pessoas do sexo feminino, sem adequação do nível escolar e residentes no Distrito Federal relataram maior frequência da inadequação na qualidade de vida no aspecto das relações sociais.

Tabela nº 103: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto do meio ambiente**** nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Insatisfação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	193	80,0	0,91	0,84 – 0,98	0,000013	S
	Feminino	309	88,3				
Idade	≤ 24	197	82,8	1,96	0,89 – 1,03	0,26	N
	> 25	305	86,2				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	157	85,8	1,05	0,96 – 1,15	0,29	N
	> 1,5 SM	148	81,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	211	85,4	1,01	0,94 – 1,09	0,75	N
	> 3,5 SM	195	84,4				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	90	90,9	1,09	1,01 – 1,17	0,063	N
	≥ 1º grau completo	412	83,6				
Adequação nível escolar	Não	144	90,0	1,09	1,02 – 1,16	0,032	S
	Sim	358	82,9				
Região	Distrito Federal	224	87,8	1,06	1,00 – 1,14	0,072	N
	Entorno	278	82,5				
Participação Social	Não	286	85,9	1,03	0,96 – 1,10	0,40	N
	Sim	216	83,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

****Dominio 4 – Meio Ambiente –WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 103, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação na qualidade de vida no aspecto do meio ambiente, houve associação estatisticamente significativa com gênero e adequação do nível escolar. Pessoas do sexo feminino e sem adequação do nível escolar relataram maior frequência da inadequação na qualidade de vida no aspecto do meio ambiente.

Tabela nº 104: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação na avaliação da própria qualidade de vida**** nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Insatisfação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	51	21,1	0,83	0,62 – 1,13	0,23	N
	Feminino	89	23,3				
Idade	≤ 24	62	44,3	1,18	0,88 – 1,58	0,25	N
	> 25	78	55,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	49	26,8	1,56	1,05 – 2,33	0,026	S
	> 1,5 SM	31	17,1				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	70	28,3	1,82	1,27 – 2,61	0,00080	S
	> 3,5 SM	36	15,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	37	37,4	1,79	1,32 – 2,43	0,00043	S
	≥ 1º grau completo	103	20,9				
Adequação nível escolar	Não	52	32,5	1,60	1,19 – 2,13	0,0020	S
	Sim	88	20,4				
Região	Distrito Federal	60	23,5	0,99	0,74 – 1,33	0,95	N
	Entorno	80	23,7				
Participação Social	Não	84	25,2	1,17	0,87 – 1,57	0,30	N
	Sim	56	21,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** Questão 1 – WHOQOL-Bref – Avaliação da própria qualidade de vida. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 104, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação quanto à auto-avaliação da qualidade de vida, houve associação estatisticamente significativa com rendas pessoal e familiar, escolaridade e adequação do nível escolar. Pessoas com menores rendas pessoal e familiar, com menor escolaridade e sem adequação do nível escolar relataram maior frequência da inadequação quanto à auto-avaliação da qualidade de vida.

Tabela nº 105: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação na avaliação da satisfação com sua própria saúde**** nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Insatisfação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	54	22,4	0,74	0,55 – 0,98	0,030	S
	Feminino	107	30,4				
Idade	≤ 24	61	25,6	0,91	0,69 – 1,19	0,48	N
	> 25	100	28,2				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	59	32,2	1,30	0,93 – 1,80	0,11	N
	> 1,5 SM	45	24,9				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	63	25,5	1,05	0,77 – 1,44	0,74	N
	> 3,5 SM	56	24,2				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	30	30,3	1,14	0,82 – 1,59	0,44	N
	≥ 1º grau completo	131	26,6				
Adequação nível escolar	Não	50	31,3	1,22	0,92 – 1,61	0,17	N
	Sim	111	25,7				
Região	Distrito Federal	69	27,1	0,99	0,76 – 1,29	0,94	N
	Entorno	92	27,3				
Participação Social	Não	92	27,6	1,04	0,79 – 1,35	0,78	N
	Sim	69	26,6				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

****Questão 2 – WHOQOL-Bref - Avaliação da Satisfação com a própria saúde. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 105, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação quanto à auto-avaliação da saúde, houve associação estatisticamente significativa apenas com o gênero. Pessoas do sexo feminino relataram maior frequência da inadequação quanto à auto-avaliação da saúde.

7.18 Análise da associação entre variáveis relacionadas à qualidade de vida e alguns desfechos de saúde, recursos de assistência à saúde e saneamento básico

Tabela nº 106: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 doWHOQOL-Bref)**** e auto-percepção da inadequação da saúde, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	49	20,3	0,57	0,47 – 0,76	0,000061	S
	Feminino	125	35,6				
Idade	≤ 24	58	24,4	0,74	0,57 – 0,97	0,027	S
	> 25	116	32,8				
Renda Pessoal	*** ≤ 1,5 SM	80	43,7	2,14	1,54 – 2,98	0,0000020	S
	> 1,5 SM	37	20,4				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	88	35,6	1,55	1,16 – 2,07	0,0024	S
	> 3,5 SM	53	22,9				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	44	44,4	1,69	1,29 – 2,20	0,00031	S
	≥ 1º grau completo	130	26,4				
Adequação nível escolar	Não	70	43,8	1,82	1,43 – 2,32	0,0000031	S
	Sim	104	24,1				
Região	Distrito Federal	56	22,0	0'63	0'48 – 0'82	0'00056	S
	Entorno	118	35,0				
Participação Social	Não	90	27,0	0,83	0'65 – 1'07	0'15	N
	Sim	84	32,4				
Domínio 1- Físico	<70	123	47,3	3'08	2'32 – 4'09	0'00000000	S
	≥70	51	15,3				
Domínio 2 – Psicológico	<70	113	40,6	2,09	1,60 – 2,73	0,00000002	S
	≥70	61	19,4				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	94	36,5	1,53	1,19 – 1,97	0,00078	S
	≥70	80	23,8				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	161	32,0	2,22	1,32 – 3,73	0,00073	S
	≥70	13	14,4				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	73	52,1	2,33	1,85 – 2,95	0,00000000	S
	≥70	101	22,3				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	92	57,1	3,00	2,37 – 3,80	0,00000000	S
	≥70	82	19,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 106, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e auto-percepção da inadequação da saúde, foram observadas várias associações estatisticamente significativas, exceto quanto ao quesito participação social. Indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 25 anos, com menores rendas pessoal e familiar, com menor escolaridade e sem adequação do nível escolar, residentes no Entorno; com maior inadequação na qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, das relações sociais, do meio ambiente e, com inadequação na auto-percepção da qualidade de vida e da satisfação com a própria saúde relataram cerca de duas vezes mais freqüentemente a auto-percepção inadequada da saúde.

Tabela nº 107: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e inadequação de índice de massa corporal – maior ou igual a 25, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	88	36,5	1,12	0,90 – 1,41	0,30	N
	Feminino	114	32,5				
Idade	≤ 24	49	20,6	0,48	0,36 – 0,63	0,00000001	S
	> 25	153	43,2				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	64	35,0	0,79	0,61 – 1,02	0,072	N
	> 1,5 SM	80	44,2				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	80	32,4	0,94	0,73 – 1,20	0,60	N
	> 3,5 SM	80	34,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	42	42,4	1,31	1,01 – 1,70	0,056	N
	≥ 1º grau completo	160	32,5				
Adequação nível escolar	Não	63	39,4	1,22	0,97 – 1,55	0,10	N
	Sim	139	32,2				
Região	Distrito Federal	80	31,4	0,87	0,69 – 1,09	0,22	N
	Entorno	122	36,2				
Participação Social	Não	105	31,5	0,84	0,67 – 1,05	0,13	N
	Sim	97	37,5				
Domínio 1- Físico	<70	94	36,1	1,11	0,89 – 1,39	0,35	N
	≥70	108	32,5				
Domínio 2 – Psicológico	<70	95	34,1	1,00	0,80 – 1,25	0,98	N
	≥70	107	34,0				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	95	36,9	1,16	0,93 – 1,45	0,20	N
	≥70	107	31,9				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	163	32,4	0,75	0,57 – 0,98	0,045	S
	≥70	39	43,3				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	38	27,7	0,75	0,56 – 1,01	0,046	S
	≥70	164	36,2				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	61	37,8	1,16	0,91 – 1,47	0,23	N
	≥70	141	32,7				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 107, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e inadequação de índice de massa corporal – maior ou igual a 25, houve associação estatisticamente significativa com a faixa etária, com o domínio 4 (meio ambiente) e com a auto-percepção da qualidade de vida. Indivíduos com idade superior a 25 anos, com inadequação no quesito meio ambiente e na auto-percepção da qualidade de vida, relataram maior frequência na inadequação do índice de massa corporal (maior ou igual a 25).

Tabela nº 108: Associação entre variáveis preditoras, somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e inadequação de índice de massa corporal – maior ou igual a 30, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	15	6,2	0,55	0,31 – 0,97	0,033	S
	Feminino	40	11,4				
Idade	≤ 24	9	3,8	0,29	0,15 – 0,58	0,00015	S
	> 25	46	13,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	22	12,0	1,09	0,62 – 1,92	0,77	N
	> 1,5 SM	20	11,0				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	31	12,6	2,23	1,20 – 4,16	0,0089	S
	> 3,5 SM	13	5,6				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	14	14,1	1,70	0,96 – 3,00	0,068	N
	≥ 1º grau completo	41	8,3				
Adequação nível escolar	Não	22	13,8	1,80	1,08 – 2,99	0,023	S
	Sim	33	7,6				
Região	Distrito Federal	16	6,3	0,54	0,31 – 0,95	0,028	S
	Entorno	39	11,6				
Participação Social	Não	23	6,9	0,56	0,34 – 0,93	0,023	S
	Sim	32	12,4				
Domínio 1- Físico	<70	30	11,5	1,53	0,92 – 2,54	0,095	N
	≥70	25	7,5				
Domínio 2 – Psicológico	<70	31	11,1	1,46	0,88 – 2,42	0,14	N
	≥70	24	7,6				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	25	9,7	1,09	0,66 – 1,80	0,74	N
	≥70	30	8,9				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	42	8,3	0,58	0,32 – 1,03	0,067	N
	≥70	13	14,4				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	12	8,5	0,90	0,49 – 1,66	0,73	N
	≥70	43	9,5				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	27	16,7	2,58	1,57 – 4,24	0,00012	S
	≥70	28	6,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 108, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e inadequação de índice de massa corporal – maior ou igual a 30, houve associação estatisticamente significativa com a maioria das variáveis preditoras. Indivíduos do sexo feminino, na faixa etária acima de 25 anos, com menor renda familiar, sem adequação do nível escolar, residentes no Entorno, com participação em organizações comunitárias ou associações, e com inadequação no quesito auto-percepção da satisfação com a saúde, relataram maior frequência na inadequação do índice de massa corporal (maior ou igual a 30). Destaca-se que essa inadequação é cerca de duas vezes mais freqüente nos indivíduos com menor renda familiar e com inadequação na auto-percepção da satisfação com a saúde.

Tabela nº 109: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e inadequação na existência de centro de saúde – não existe versus existe, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação		IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
			n	%			
Sexo	Masculino	35	14,5		1,46 0,94 – 2,26	0,092	N
	Feminino	35	10,0				
Idade	≤ 24	29	12,2		1,05 0,67 – 1,64	0,82	N
	> 25	41	11,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	8	4,4		0,32 0,15 – 0,68	0,0017	S
	> 1,5 SM	25	13,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	20	8,1		0,57 0,34 – 0,96	0,031	S
	> 3,5 SM	33	14,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	4	4,0		0,30 0,11 – 0,81	0,0086	S
	≥ 1º grau completo	66	13,4				
Adequação nível escolar	Não	14	8,8		0,68 0,39 – 1,18	0,15	N
	Sim	56	13,0				
Região	Distrito Federal	62	24,3		10,24 4,99 – 21,00	0,00000000	S
	Entorno	8	2,4				
Participação Social	Não	49	14,7		1,81 1,12 – 2,95	0,013	S
	Sim	21	8,1				
Domínio 1- Físico	<70	31	11,9		1,01 0,65 – 1,58	0,94	N
	≥70	39	11,7				
Domínio 2 – Psicológico	<70	36	12,9		1,20 0,77 – 1,86	0,42	N
	≥70	34	10,8				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	33	12,8		1,16 0,75 – 1,81	0,50	N
	≥70	37	11,0				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	62	12,3		1,39 0,69 – 2,80	0,34	N
	≥70	8	8,8				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	21	15,0		1,38 0,86 – 2,22	0,18	N
	≥70	49	10,8				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	29	18,0		1,89 1,22 – 2,94	0,0044	S
	≥70	41	9,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 109, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a inadequação na existência de centro de saúde, verificou-se que houve associações estatisticamente significativas com as rendas pessoal e familiar, escolaridade, região, participação social e no quesito inadequação da auto-percepção da satisfação com a saúde. Pessoas com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal, com menor participação em organizações comunitárias e ou associações e que apresentam inadequação no quesito auto-percepção da satisfação com a saúde relataram com maior frequência inadequação na existência de centro de saúde. Destaca-se o Distrito Federal, onde a inadequação na existência de centro de saúde é cerca de dez vezes mais frequente do que no Entorno (RP=10.24).

Tabela nº 110: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e inadequação na existência do programa saúde da família – não existe versus existe, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	129	53,5	1,72	1,42 – 2,10	0,00000004	S
	Feminino	109	31,1				
Idade	≤ 24	108	45,4	1,24	1,02 – 1,50	0,035	S
	> 25	130	36,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	50	27,6	0,75	0,55 – 1,02	0,061	N
	> 1,5 SM	66	36,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	93	37,7	0,95	0,75 – 1,18	0,62	N
	> 3,5 SM	92	39,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	34	34,3	0,83	0,62 – 1,11	0,19	N
	≥ 1º grau completo	204	41,4				
Adequação nível escolar	Não	62	38,8	0,95	0,76 – 1,19	0,66	N
	Sim	176	40,7				
Região	Distrito Federal	170	66,7	3,30	2,63 – 4,16	0,00000000	S
	Entorno	68	20,2				
Participação Social	Não	164	49,2	1,72	1,38 – 2,15	0,00000037	S
	Sim	74	28,6				
Domínio 1- Físico	<70	95	36,5	0,85	0,69 – 1,04	0,10	N
	≥70	143	43,0				
Domínio 2 – Psicológico	<70	115	41,3	1,06	0,87 – 1,29	0,58	N
	≥70	123	39,1				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	111	43,1	1,14	0,94 – 1,39	0,19	N
	≥70	127	37,9				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	209	41,6	1,29	0,94 – 1,77	0,093	N
	≥70	29	32,2				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	66	47,1	1,24	1,0 – 1,53	0,055	N
	≥70	172	38,0				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	72	44,7	1,16	0,94 – 1,43	0,17	N
	≥70	166	38,5				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 110, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a inadequação na existência do programa saúde da família, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa com gênero, faixa etária, região e participação social. Pessoas do sexo masculino, com idade igual ou menor a 24 anos, residentes no Distrito Federal e que não participam de organizações comunitárias ou associações relataram mais frequentemente inadequação do programa saúde da família. Destaca-se o Distrito Federal, onde a inadequação do programa saúde da família é cerca de três vezes mais frequente do que no Entorno.

Tabela nº 111: Associação entre variáveis preditoras, somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e inadequação na existência de profissional médico – não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação		IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFICÂNCIA
			n	RP			
Sexo	Masculino	90	40,9	1,54	1,21 – 1,96	0,00044	S
	Feminino	86	26,5				
Idade	≤ 24	77	34,8	1,14	0,89 – 1,45	0,30	N
	> 25	99	30,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	32	18,2	0,56	0,38 – 0,81	0,0020	S
	> 1,5 SM	54	32,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	52	22,3	0,52	0,39 – 0,69	0,0000034	S
	> 3,5 SM	91	42,9				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	13	13,5	0,37	0,22 – 0,63	0,000014	S
	≥ 1º grau completo	163	36,4				
Adequação nível escolar	Não	41	26,8	0,78	0,58 – 1,04	0,083	N
	Sim	135	34,5				
Região	Distrito Federal	144	66,1	6,73	4,78 – 9,48	0,00000000	S
	Entorno	32	9,8				
Participação Social	Não	121	40,2	1,78	1,36 – 2,33	0,000013	S
	Sim	55	22,6				
Domínio 1- Físico	<70	81	31,1	0,72	0,58 – 0,90	0,0030	S
	≥70	143	43,0				
Domínio 2 – Psicológico	<70	110	39,5	1,09	0,89 – 1,34	0,41	N
	≥70	114	36,3				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	104	40,4	1,13	0,92 – 1,39	0,24	N
	≥70	120	35,8				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	199	39,6	1,43	1,01 – 2,03	0,032	S
	≥70	25	27,9				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	61	43,5	1,21	0,96 – 1,51	0,10	N
	≥70	163	36,0				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	69	42,8	1,19	0,96 – 1,48	0,12	N
	≥70	155	35,9				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 111, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a inadequação na existência de profissional médico, observou-se várias associações estatisticamente significantes. Indivíduos do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal, que não participam de organizações comunitárias ou associações, que não têm inadequação no quesito domínio físico e que têm inadequação no quesito domínio 4 (meio ambiente) relataram com mais frequência inadequação na existência de profissional médico. Destaca-se o Distrito Federal, onde a inadequação na existência de profissional médico é 6,73 vezes maior do que no Entorno.

Tabela nº 112: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e inadequação na existência de profissional enfermeiro – não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	97	43,5	1,49	1,19 – 1,87	0,00059	S
	Feminino	95	29,2				
Idade	≤ 24	88	39,5	1,23	0,98 – 1,55	0,072	N
	> 25	104	32,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	39	22,7	0,75	0,52 – 1,07	0,10	N
	> 1,5 SM	52	30,4				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	62	26,6	0,64	0,49 – 0,83	0,00076	S
	> 3,5 SM	90	41,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	23	24,0	0,64	0,44 – 0,93	0,012	S
	≥ 1º grau completo	169	37,4				
Adequação nível escolar	Não	51	34,0	0,96	0,74 – 1,24	0,75	N
	Sim	141	35,4				
Região	Distrito Federal	143	65,0	4,35	3,30 – 5,73	0,00000000	S
	Entorno	49	14,9				
Participação Social	Não	131	43,0	1,71	1,33 – 2,20	0,000013	S
	Sim	61	25,1				
Domínio 1- Físico	<70	89	34,2	0,77	0,63 – 0,95	0,013	S
	≥70	147	44,2				
Domínio 2 – Psicológico	<70	122	43,8	1,21	0,99 – 1,47	0,060	N
	≥70	114	36,3				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	111	43,1	1,16	0,95 – 1,41	0,14	N
	≥70	125	37,3				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	206	41,0	1,23	0,90 – 1,68	0,16	N
	≥70	30	33,3				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	68	48,5	1,31	1,06 – 1,61	0,016	S
	≥70	168	37,1				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	77	47,8	1,30	1,06 – 1,59	0,015	S
	≥70	159	36,8				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 112, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a inadequação na existência de profissional enfermeiro, verificou-se associações estatisticamente significativas em vários preditores. Indivíduos do sexo masculino, com maiores renda familiar e escolaridade, residentes no Distrito Federal, sem participação em organizações comunitárias ou associações, que possuem adequação no domínio físico e inadequação nos domínios relativos à auto-percepção da qualidade de vida e da satisfação com a saúde, relataram com maior frequência inadequação na existência de profissional enfermeiro. Destaca-se o Distrito Federal, onde essa inadequação é cerca de quatro vezes maior do que no Entorno.

Tabela nº 113: Associação entre variáveis preditoras, somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde – não sei versus sim, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	96	43,6	1,62	1,28 – 2,05	0,000053	S
	Feminino	87	26,9				
Idade	≤ 24	82	37,4	1,20	0,95 – 0,52	0,12	N
	> 25	101	31,2				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	35	20,0	0,63	0,44 – 0,92	0,014	S
	> 1,5 SM	53	31,5				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	59	25,5	0,61	0,47 – 0,80	0,00029	S
	> 3,5 SM	89	41,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	18	18,9	0,51	0,33 – 0,79	0,00081	S
	≥ 1º grau completo	165	36,8				
Adequação nível escolar	Não	45	30,0	0,85	0,65 – 1,13	0,26	N
	Sim	138	35,1				
Região	Distrito Federal	149	69,0	6,63	4,77 – 9,23	0,00000000	S
	Entorno	34	10,4				
Participação Social	Não	130	43,0	1,96	1,49 – 2,57	0,00000026	S
	Sim	53	22,0				
Domínio 1- Físico	<70	89	32,6	0,79	0,64 – 0,98	0,028	S
	≥70	143	43,0				
Domínio 2 – Psicológico	<70	120	43,1	1,21	0,99 – 1,48	0,062	N
	≥70	112	35,6				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	113	33,9	1,24	1,01 – 1,51	0,037	S
	≥70	119	35,5				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	202	40,2	1,21	0,88 – 1,65	0,21	N
	≥70	30	33,3				
Questão 1- Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	68	48,5	1,34	1,09 – 1,65	0,0093	S
	≥70	164	36,2				
Questão 2- Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	75	46,5	1,28	1,04 – 1,57	0,024	S
	≥70	157	36,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 113, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde, foram observadas várias associações estatísticas significativas. Pessoas do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, com maior escolaridade, residentes no Distrito Federal, que não participam de associações ou organizações comunitárias, que têm adequação dos domínios físico, das relações sociais e inadequação nos quesitos auto-percepção da qualidade de vida e da satisfação com a saúde, referiram com mais frequência inadequação na existência de profissional agente comunitário de saúde. Destaca-se o Distrito Federal, onde essa inadequação é 6,63 vezes maior que no Entorno.

Tabela nº 114: Associação entre variáveis predictoras, somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e a existência de água encanada versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	237	98,3	1,05	1,01 – 1,08	0,010	S
	Feminino	330	94,0				
Idade	≤ 24	226	95,0	0,99	0,95 – 1,02	0,41	N
	> 25	341	96,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	173	94,5	0,98	0,94 – 1,02	0,31	N
	> 1,5 SM	175	96,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	233	94,3	0,96	0,93 – 0,99	0,024	S
	> 3,5 SM	227	98,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	94	94,9	0,99	0,94 – 1,04	0,65* 0,40**	N N
	≥ 1º grau completo	473	95,9				
Adequação nível escolar	Não	148	92,5	0,95	0,91 – 1,00	0,015	S
	Sim	419	97,0				
Região	Distrito Federal	252	98,8	1,06	1,02 – 1,09	0,0013	S
	Entorno	315	93,5				
Participação Social	Não	321	96,4	1,01	0,98 – 1,05	0,39	N
	Sim	246	95,0				
Domínio 1- Físico	<70	242	93,0	0,95	0,92 – 0,99	0,0038	S
	≥70	325	97,8				
Domínio 2 – Psicológico	<70	264	94,9	0,98	0,95 – 1,02	0,35	N
	≥70	303	96,4				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	243	94,5	0,98	0,94 – 1,01	0,19	N
	≥70	324	96,7				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	480	95,6	0,99	0,95 – 1,03	0,64	N
	≥70	87	96,6				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	134	95,7	1,00	0,96 – 1,04	0,96	N
	≥70	433	95,7				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	157	97,5	1,03	0,99 – 1,06	0,19	N
	≥70	410	95,1				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 114, quanto à associação entre variáveis predictoras somadas à qualidade de vida e a existência de água encanada, verificou-se que pessoas do sexo masculino, com renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, com adequação no nível escolar, residentes no Distrito Federal e com adequação no domínio físico relataram com maior frequência a existência de água encanada nos locais onde vivem.

Tabela nº 115: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e a existência de esgoto versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	183	75,9	1,37	1,22 – 1,55	0,00000029	S
	Feminino	194	55,3				
Idade	≤ 24	159	66,8	1,08	0,96 – 1,23	0,19	N
	> 25	218	61,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	95	51,9	0,79	0,66 – 0,94	0,0074	S
	> 1,5 SM	119	65,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	137	55,5	0,95	0,65 – 0,86	0,000023	S
	> 3,5 SM	171	74,0				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	32	32,3	0,46	0,35 – 0,62	0,00000000	S
	≥ 1º grau completo	345	70,0				
Adequação nível escolar	Não	73	45,6	0,65	0,54 – 0,78	0,00000003	S
	Sim	304	70,4				
Região	Distrito Federal	239	93,7	2,29	2,01 – 2,61	0,00000000	S
	Entorno	138	40,9				
Participação Social	Não	233	70,0	1,26	1,11 – 1,43	0,00031	S
	Sim	144	55,6				
Domínio 1- Físico	<70	151	58,0	0,85	0,75 – 0,97	0,012	S
	≥70	226	68,0				
Domínio 2 – Psicológico	<70	161	57,9	0,84	0,74 – 0,95	0,0060	S
	≥70	216	68,7				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	169	65,7	1,06	0,94 – 1,20	0,35	N
	≥70	208	62,0				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	316	62,9	0,93	0,79 – 1,09	0,38	N
	≥70	61	67,7				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	81	57,8	0,88	0,76 – 1,03	0,10	N
	≥70	296	65,4				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	100	62,1	0,97	0,84 – 1,11	0,62	N
	≥70	277	64,4				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 115, quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a existência de esgoto, foram observadas várias significâncias. Indivíduos do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, com maiores escolaridade e adequação do nível escolar, residentes no Distrito Federal, que não participam de organizações comunitárias ou associações e que apresentam adequação nos domínios físico e psicológico relataram mais freqüentemente a existência de esgoto nos locais onde vivem. Destaca-se o Distrito Federal, onde a existência de esgoto associado à qualidade de vida é 2,29 vezes mais freqüente.

Tabela nº 116: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e a existência de rede elétrica versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	241	100,0	1,00	1,00 – 1,01	0,40* 0,59**	N
	Feminino	350	99,7				N
Idade	≤ 24	237	99,6	1,00	0,99 – 1,00	0,22* 0,40**	N
	> 25	354	100,0				N
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	183	100,0	-	-	1,00	N
	> 1,5 SM	181	100,0				N
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	246	99,6	1,00	0,99 – 1,00	0,33* 0,51**	N
	> 3,5 SM	231	100,0				N
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	99	100,0	1,00	1,00 – 1,01	0,65* 0,83**	N
	≥ 1º grau completo	492	99,8				N
Adequação nível escolar	Não	160	100,0	1,00	1,00 – 1,01	0,54* 0,72**	N
	Sim	431	99,8				N
Região	Distrito Federal	255	100,0	1,00	1,00 – 1,01	0,38* 0,56**	N
	Entorno	336	99,7				N
Participação Social	Não	333	100,0	1,00	1,00 – 1,01	0,25* 0,43**	N
	Sim	258	99,6				N
Domínio 1- Físico	<70	259	99,6	1,00	0,99 – 1,00	0,25* 0,43**	N
	≥70	332	100,0				N
Domínio 2 – Psicológico	<70	277	99,6	1,00	0,99 – 1,00	0,28* 0,46**	N
	≥70	314	100,0				N
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	256	99,6	1,00	0,99 – 1,00	0,25* 0,43**	N
	≥70	335	100,0				N
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	501	99,8	1,00	0,99 – 1,00	0,67* 0,84**	N
	≥70	90	100,0				N
Questão 1 – Auto - percepção da Qualidade de Vida	<70	140	100,0	1,00	1,00 – 1,01	0,57* 0,76**	N
	≥70	451	99,7				N
Questão 2 – Auto - percepção da satisfação com a saúde	<70	161	100,0	1,00	1,00 – 1,01	0,54* 0,72**	N
	≥70	430	99,7				N

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref . Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a existência de rede elétrica, Tabela 116, não foram observadas associações estatisticamente significativas com os preditores.

Tabela nº 117: Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida (Domínios 1,2,3,4 e Questões 1 e 2 do WHOQOL-Bref)**** e a existência de ruas pavimentadas versus não, nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	% Inadequação	RP	IC 95%	VALOR p M-H * / FISHER **	SIGNIFI- CÂNCIA
Sexo	Masculino	216	89,6	1,06	1,00 – 1,13	0,064	N
	Feminino	296	84,3				
Idade	≤ 24	197	82,8	0,93	0,87 – 1,00	0,030	S
	> 25	315	89,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM***	161	88,0	1,00	0,93 – 1,08	0,96	N
	> 1,5 SM	159	87,8				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	202	81,8	0,89	0,83 – 0,96	0,0013	S
	> 3,5 SM	212	91,8				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	75	75,8	0,85	0,76 – 0,96	0,00062	S
	≥ 1º grau completo	437	88,6				
Adequação nível escolar	Não	126	78,8	0,88	0,81 – 0,96	0,00081	S
	Sim	386	89,4				
Região	Distrito Federal	243	95,3	1,19	1,12 – 1,27	0,00000005	S
	Entorno	269	79,8				
Participação Social	Não	292	87,7	1,03	0,97 – 1,10	0,33	N
	Sim	220	84,9				
Domínio 1- Físico	<70	220	84,6	0,96	0,90 – 1,03	0,23	N
	≥70	292	87,9				
Domínio 2 – Psicológico	<70	239	85,9	0,99	0,93 – 1,05	0,073	N
	≥70	273	86,9				
Domínio 3 – Relações Sociais	<70	224	89,2	1,01	0,95 – 1,08	0,67	N
	≥70	288	85,9				
Domínio 4 – Meio Ambiente	<70	430	85,6	0,94	0,87 – 1,01	0,16	N
	≥70	82	91,1				
Questão 1 – Auto-percepção da Qualidade de Vida	<70	117	11,9	0,96	0,88 – 1,04	0,24	N
	≥70	395	87,3				
Questão 2 – Auto-percepção da satisfação com a saúde	<70	140	86,9	1,01	0,94 – 1,08	0,83	N
	≥70	372	86,3				

* M-H = Mantel-Haenszel.

** Utilizado o Teste Exato de Fisher quando recomendado.

*** SM = Salário mínimo.

**** WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Quanto à Tabela 117 - Associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida e a existência de ruas pavimentadas, verificou-se que houve associações estatisticamente significativas. Pessoas com idade superior a 25 anos, com maior renda familiar, com maior escolaridade e com adequação do nível de escolaridade, residentes no Distrito Federal, que não apresentam inadequações nos Domínios e Questões W1 e W2 do WHOQOL-Bref, relataram com maior frequência a existência de ruas pavimentadas nos locais onde vivem.

8. Discussão

Em nosso país grandes estudos populacionais vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de conhecer e diagnosticar aspectos importantes relacionados às doenças, modo de vida, aspectos sócio-demográficos, dentre outros. Os indicadores de saúde, especialmente de morbidade e mortalidade, são essenciais para se conhecer as necessidades da população.

Segundo Gomes e Tanaka (2003), a doença e a saúde formam um processo dinâmico que reflete a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são cruciais para se estudar a percepção do estado de saúde. As desigualdades sociais também podem ser verificadas por meio de avaliação dos indicadores de saúde de determinada população, sendo que, em geral, os mais utilizados são os relativos à mortalidade, morbidade referida e à restrição de atividades rotineiras, que são importantes indicadores das condições de saúde. Esses indicadores são largamente utilizados para estudar demanda por serviços de saúde, avaliar as condições de saúde populacionais, avaliar as políticas de saúde e auxiliar na formulação de novas propostas de saúde pública, para que sejam melhoradas as condições de vida da população.

Os resultados do presente estudo trouxeram informações relativas a vários aspectos relativos à saúde, hábitos de vida, morbidade auto-referida, serviços de saúde nas comunidades, aspectos nutricionais, hábitos de fumo e consumo de bebidas alcoólicas, saneamento e qualidade de vida, dentre outros. Um sumário na forma de tabela com os resultados deste estudo encontra-se nos anexos (Tabela nº 28 - ANEXO).

Devido ao fato de existirem poucos estudos populacionais abrangendo o Distrito Federal e o Entorno, optou-se por serem feitas comparações basicamente com os estudos do INCA - Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis do Instituto Nacional de Câncer – INCA e Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2003), do VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o estudo sobre Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília (MARINHO *et al*, 2007); o estudo sobre Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998 (ALMEIDA *et al*, 2002) e o estudo de Szklo *et al* (2007) sobre o Comportamento relativo à exposição e proteção solar na população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal realizado entre 2002 e 2003.

8.1 Aspectos sócio-econômicos e demográficos

A distribuição da população estudada mostrou predominância do sexo feminino. O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis do Instituto Nacional de Câncer – INCA e Ministério da Saúde – MS, realizado em 2002 e 2003, (BRASIL, 2003) entrevistou 23.457 indivíduos, sendo 1995 no Distrito Federal, onde também foi apontado o sexo feminino como predominante,

inclusive comparando com o Censo do ano 2000, que indica a mesma proporção. A faixa etária estudada na pesquisa do INCA/MS foi a partir dos quinze anos, semelhante à escolhida para o presente estudo, ou seja, a partir dos doze anos. Com relação ao grau de instrução, o estudo do INCA/MS demonstrou o predomínio da escolaridade mais alta – ensino fundamental completo e mais (n=1260 totalizando 64,1%), no Distrito Federal. Em nosso estudo, prevalece o ensino médio completo no Distrito Federal (n=100 totalizando 39,2%) e ensino fundamental incompleto na região do Entorno (n=83 totalizando 24,6%).

O estudo VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizado pelo Ministério da Saúde em 2006 (BRASIL, 2006) entrevistou 54.369 pessoas, sendo 2008 no Distrito Federal, e também evidenciou no DF, uma maior proporção de mulheres do que homens. Apesar do cadastro de linhas telefônicas residenciais do Distrito Federal estar restrito, na época da pesquisa, a quatro regiões administrativas e, o fato de que essas regiões incluíam o Plano Piloto e áreas adjacentes ao mesmo (no caso foram considerados Lago Norte, Lago Sul e Candangolândia), o próprio estudo VIGITEL recomendou cautela nas estimativas para o Distrito Federal em 2006.

Outro estudo semelhante em termos de população foi o que pesquisou as práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília (MARINHO *et al*, 2007), onde foram entrevistados 500 indivíduos e foi verificada a predominância também do sexo feminino, sendo que a idade variou entre 15 e 89 anos, sendo a maioria com 25 anos ou mais e a escolaridade foi principalmente o ensino médio completo e o terceiro grau (universitários). Nesse mesmo trabalho foi relatado que a renda familiar era até três salários mínimos (ou R\$ 720,00 para a época). Em nossa pesquisa foi verificado que a idade dos indivíduos variou entre 18 e 64 anos no Distrito Federal e entre 12 e 68 anos no Entorno. Ademais, a renda familiar teve uma média de R\$ 2.920,00 (cerca de sete salários mínimos) no DF e de R\$ 1.390,00 (pouco mais de três salários mínimos) no Entorno.

Quanto ao aspecto relativo a emprego e participação social, não foram encontradas referências nos estudos citados acima, sendo que, em nosso estudo a maior proporção de indivíduos empregados é na região do Entorno e, com relação à participação social, a igreja foi a instituição mais citada, tendo ficado em primeiro lugar no Entorno, apesar de dois terços dos indivíduos do DF declararem não participar de organizações ou associações.

8.2 Higiene geral

Foi realizado um estudo sobre hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, no Rio Grande do Sul, Brasil em 2006 (LISBOA & ABEGG, 2006), com uma amostra de 1415 pessoas (620 do sexo masculino e 795 do sexo feminino), que evidenciou a frequência de escovação dos dentes como sendo a categoria “três vezes ao dia” a mais citada dentre os entrevistados, sendo as mulheres as que afirmaram higienizar os dentes com mais frequência. No presente estudo, a maioria dos indivíduos declarou escovar os dentes três vezes ao dia ou mais,

sendo também o sexo feminino que escova os dentes com mais frequência. No estudo de Lisboa & Abegg (2006), quanto ao uso de fio dental, foi observado que mais da metade das pessoas, ou 56,7%, não utilizava o fio dental. Na presente pesquisa, 27,5% dos entrevistados declararam não utilizar o fio dental. Segundo Fischer (1999), mulheres e pessoas com estilos de vida mais saudáveis escovam seus dentes mais frequentemente e, em nível populacional, hábitos de higiene bucal estão vinculados ao estilo de vida e ao gênero.

Em estudo realizado no Hospital Universitário de Brasília, sobre a pele de idosos (CAMPBELL et al, 1995), com uma amostra de 150 indivíduos, foi verificado que a prática de um banho diário era referida por 74% dos pacientes; 20% o repetiam duas vezes ao dia e 6% três vezes por semana. Uma pesquisa realizada em Natal, Rio Grande do Norte (MONTEIRO *et al*, 2007), entre adolescentes, demonstrou que 145 adolescentes estudados referem manter higiene corporal no cotidiano, onde 69,0% referiram tomar banho diário e 64,1% escovar os dentes diariamente. No presente estudo, os banhos diários na frequência de uma vez foram referidos por 17,9% das pessoas; 58,8% eram duas vezes ao dia e 23,1% três vezes ou mais. Apesar de serem estudos bem distintos, foram observados bons hábitos de higiene nas pessoas, o que contribui para prevenção de muitas doenças na população.

8.3 Exposição solar

Um inquérito de base populacional foi realizado em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, onde foram coletadas informações sobre exposição solar, com uma amostra de 16.999 indivíduos de 15 anos ou mais. Nesse estudo, Szklo *et al* (2007) verificou que para todas as regiões representadas, uma maior proporção de exposição à radiação solar por, pelo menos, trinta minutos seguidos foi observada entre os homens e os indivíduos jovens quando comparados com as mulheres e com os indivíduos de 25 anos ou mais de idade, respectivamente. Nas regiões Sul e Sudeste, os indivíduos com maior grau de escolaridade foram aqueles com maior proporção de exposição à radiação solar por, pelo menos, trinta minutos seguidos. Nas outras regiões, ou não foi observada nenhuma diferença ou, no caso da Região Centro-Oeste, foi observado uma situação inversa, ou seja, os indivíduos com menor escolaridade foram aqueles que apresentaram maior proporção de exposição à radiação solar por, pelo menos, trinta minutos seguidos. Nenhuma diferença significativa na exposição à radiação solar foi observada entre os indivíduos com sobrepeso (incluindo os obesos) e os com peso normal (incluindo os de baixo peso), porém, os dados sugerem que indivíduos fisicamente ativos estariam com uma maior proporção de exposição à radiação solar por, pelo menos, trinta minutos seguidos.

Comparativamente à nossa pesquisa, encontramos que as maiores frequências de exposição solar foram em indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou menor a 24 anos e, conforme os dados do Centro-Oeste da pesquisa acima citada, também indivíduos com menor escolaridade são os que se expõem mais frequentemente ao sol.

Com relação às formas de proteção solar, Szklo *et al* (2007) verificou que em todas as regiões estudadas, observaram-se proporções mais elevadas de proteção com o filtro solar e procura pela sombra nas mulheres do que nos homens, enquanto o contrário foi observado com relação à proteção com o chapéu. Indivíduos de 25 anos ou mais de idade apresentaram percentuais de proteção maiores do que os de menos de 25 anos, independentemente da região e do tipo de proteção. Em todas as regiões, observou-se uma maior proporção de proteção com filtro solar entre indivíduos de maior escolaridade quando comparados com os de menor grau de escolaridade. Ademais, Szklo *et al* (2007) evidenciou que, quanto a procura pela sombra, as mulheres, na faixa etária acima de 25 anos e pessoas com menor escolaridade são as que fazem uso da mesma com maior frequência.

Em comparação com os dados de nosso estudo, verifica-se que, quanto ao uso de protetor solar, também o sexo feminino é quem mais utiliza, além da faixa etária acima de 25 anos. Indivíduos com maior escolaridade também utilizam mais o protetor solar. No caso de utilização de chapéu ou boné, também os homens fazem uso mais freqüente que as mulheres, além de pessoas com menor escolaridade. Em nosso estudo foi questionado o uso de sombrinha, guarda-sol ou guarda-chuva para proteção dos raios solares, onde se verificou que as mulheres, a faixa etária acima de 25 anos e as pessoas de menor escolaridade fazem uso mais adequado desses equipamentos. Dessa forma, poderia ser feita uma equivalência do uso desses equipamentos de proteção contra os raios solares com a utilização de sombra pelos entrevistados do estudo do inquérito sobre exposição solar, onde encontramos freqüências semelhantes nas variáveis estudadas.

Segundo Szklo *et al* (2007) esses dados estão em conformidade com a literatura que aponta os homens como tendo menor preocupação e conhecimento sobre os efeitos nocivos relacionados à radiação ultravioleta, assim como aqueles mais freqüentemente empregados em atividades ocupacionais relacionadas à exposição a esse tipo de radiação e jovens que também constituem um grupo vulnerável aos efeitos nocivos do Sol, tanto pelo aspecto estético do bronzeado quanto pela maior freqüência de atividade física, sobretudo relacionada à prática de esportes.

Diffey & Elwood (1994) colocam que enquanto a radiação UVB decresce à medida que se distancia da Linha do Equador, as maiores concentrações de radiação UVA são encontradas entre os paralelos 20º e 40º. Em nosso país, os índices de radiação UVA e de radiação UVB são muito diferenciados entre as regiões, o que pode influenciar na percepção do risco entre as pessoas, tanto no âmbito individual como quanto aos valores e crenças sociais e culturais. Dessa forma, segundo Szklo *et al* (2007) pode ser dito que esses fatores independentes interagiriam entre si potencializando ou atenuando alguns efeitos da exposição solar com relação aos seus desfechos mórbidos.

8.4 Morbidade auto-referida e auto-percepção da saúde

De acordo com o inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003), de forma geral, as mulheres referiram, com mais freqüência do que os homens, que seu estado de saúde é regular ou ruim. Além disso, quanto mais elevada a faixa etária, maior é o percentual de indivíduos que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim e, foi possível visualizar um padrão entre as regiões geográficas, dado que, em geral, as capitais estudadas das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste referem piores condições de saúde quando comparadas às das regiões Sul e Sudeste em quase todas as faixas etárias. O inquérito do INCA/MS ainda traz que, quando analisados por escolaridade os resultados indicam que, entre os indivíduos que completaram o ensino fundamental, o percentual dos que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim é mais baixo quando comparado aos indivíduos com menor grau de escolaridade.

O estudo sobre Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998 (ALMEIDA *et al*, 2002) foi aplicado em 240.821 indivíduos com idade igual e superior a 15 anos e refere que foi evidenciado que os indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim referiram problemas crônicos com uma freqüência muito mais elevada, havendo coerência entre os dados, onde as razões de prevalências mostram que as referências a problemas crônicos de saúde foram 2,69 vezes mais freqüentes entre indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como regular e, 3,15 vezes mais freqüentes entre pessoas que classificaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim. Ademais, este mesmo estudo traz que o risco de apresentar doenças crônicas foi 2,12 vezes maior para adultos jovens (25 - 44 anos), 3,71 vezes maior para adultos (45 - 64 anos), e 4,57 vezes maior para os idosos. Com relação ao gênero, foi observado o risco de 25% a mais para as mulheres. Relativamente à escolaridade, este estudo de Almeida *et al*/(2002) aponta que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de casos de doenças crônicas. No item renda familiar foi também observado que quanto menor a renda familiar maior a prevalência de problemas crônicos, ou indivíduos com até um salário mínimo de renda familiar mensal apresentaram prevalência de problemas crônicos 41% maior que aqueles cuja renda familiar mensal era maior do que 20 salários mínimos.

Em nosso estudo, em comparação com os acima mencionados, verificou-se que 1,4% das pessoas classificaram seu estado geral de saúde como ruim; 28% como regular; 48% como bom e 22,6% como excelente. As mulheres tiveram pior auto-avaliação da percepção da saúde do que os homens, além de indivíduos acima de 25 anos, com rendas pessoal e familiar menores e pessoas com menor escolaridade. Esses dados equivalem relativamente às freqüências dos estudos acima citados. Uma observação importante é com respeito às mulheres, que tendem a informar mais do que os homens a presença de problemas de saúde.

Outro aspecto do estudo do INCA/MS (BRASIL, 2003), refere que nas 16 cidades estudadas, foi observado que um maior percentual de mulheres refere ter limitações ou

dificuldades quando comparadas aos homens e, a avaliação por faixa etária indica que, quanto mais elevada a faixa etária, maior é o percentual de indivíduos que referiram ter limitações ou dificuldades para realizar suas atividades, por causa de problemas de saúde. Na análise por escolaridade foi percebido que, entre os indivíduos que completaram o ensino fundamental, o percentual dos que referem ter limitação ou dificuldade é mais baixo, quando comparado aos indivíduos com menor grau de escolaridade.

Nesta pesquisa, o questionário do WHOQOL-Bref no item do Domínio 1 – Físico trouxe que a maioria dos indivíduos declarou não ter impedimentos em fazerem o que precisam por causa de dores físicas, nem necessitar de tratamentos médicos para levar a vida diária. Relativamente à capacidade de desempenho de atividades diárias e para o trabalho, cerca de 80% das pessoas declararam satisfação ou muita satisfação.

De acordo com o Inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003), a ocorrência de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo sexo e situação social, sendo que nas mulheres, a obesidade, o sedentarismo, o "stress", as conseqüências de gestações repetidas, a depressão e as pressões ligadas aos papéis sociais são apresentados como fatores que aumentam os riscos de doenças. Entre os homens, comportamentos de risco como excesso de consumo de álcool, tabagismo, maior exposição a situações de violência, acidentes e riscos ocupacionais são mais freqüentes e colaboram com aumento de riscos de problemas de saúde a longo prazo, o que afeta a qualidade de vida e a percepção do estado de saúde.

8.5 Morbidade referida por profissionais de saúde

Hipertensão Arterial

Segundo Fuchs (2004), a hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, sendo responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

Almeida *et al* (2003) e Lima e Costa *et al* (2000), referem que a hipertensão arterial e suas complicações são também responsáveis por alta freqüência de internações sendo que, no Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%).

O inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003) refere que não existem dados populacionais da prevalência da hipertensão no país. Estima-se, com base em dados obtidos em alguns estudos de base populacional, que ela afete aproximadamente um quarto da população brasileira. Desta maneira, atividades de vigilância em relação à hipertensão são de grande importância para a saúde pública. Ademais, a determinação da prevalência da hipertensão

na população deveria ter como parâmetro a medida objetiva da pressão arterial. Entretanto, dados os altos custos e complexidade de inquéritos com medidas objetivas, a vigilância pode utilizar-se da morbidade do relato do diagnóstico médico de hipertensão. Os percentuais para hipertensão arterial do INCA/MS, no Distrito Federal, na faixa etária de 25 a 39 anos foram de 11,8%; entre 40 a 59 anos 31,5% e, acima de 60 anos 49,3%. Quanto à escolaridade, neste estudo, a análise dos intervalos de confiança permitiu observar que a prevalência de hipertensão arterial foi significativamente menor nos indivíduos com maior escolaridade, sendo os valores específicos do Distrito Federal de 33,3% para pessoas com o ensino fundamental incompleto e 18,1% para aqueles com ensino fundamental completo. Neste estudo, relativamente à pressão arterial, a variável preditora sexo não foi aferida.

O estudo do VIGITEL (BRASIL, 2006) evidencia que, considerado o conjunto da população adulta das cidades estudadas, as mulheres referem mais freqüentemente que os homens (24,4% versus 18,4%) o diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial. Quanto à idade, os percentuais aumentam, com 5% nos indivíduos entre 18 e 24 anos e mais de 50% nas pessoas com 65 anos ou mais de idade. A escolaridade é menor dentre os que mais referiram hipertensão, com ênfase para a peculiaridade de que enquanto 32,8% das mulheres com escolaridade menor referem hipertensão arterial, apenas 13,6% das mulheres com maior escolaridade referem a doença.

Em nosso estudo foi observado que 12% dos entrevistados referiram hipertensão, sendo que o sexo feminino referiu pressão alta mais freqüentemente que o masculino em uma proporção pequena, a qual não teve associação significativa. Porém, pessoas acima de 25 anos, com escolaridade igual ou menor ao 1º grau incompleto relataram mais freqüentemente hipertensão arterial, do que se conclui que os estudos se assemelham nas evidências.

Diabetes

De acordo com o inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003), as doenças cardiovasculares e o diabetes contribuem com substancial parcela dos óbitos e da morbidade por doenças crônicas entre adultos e idosos no Brasil. Além disso, as altas morbidade e mortalidade associadas ao diabetes são fatores de restrição da qualidade de vida, sendo que "o diabetes é potente preditor da mortalidade prematura, que tem como causas principais a doença cardiovascular e a insuficiência renal".

Segundo King *et al* (1998), a incidência do diabetes está aumentando, principalmente nos países em desenvolvimento, devido às mudanças nos padrões nutricionais, as quais aumentam a prevalência do sobrepeso e da obesidade. Ademais, neste estudo de King *et al*, baseado em estruturas populacionais e prevalências de diabetes em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, foi estimado que entre 1995 e 2025 vai haver aumento de 35% no número de casos de diabetes nas pessoas com 20 ou mais anos de idade. As prevalências, apesar de maiores nos países desenvolvidos, serão maiores nos países em desenvolvimento, e podem chegar a 48%. King *et al* (1998) colocam que "o Brasil, com

população estimada em 4,9 milhões de adultos diabéticos, em 1995, terá cerca de 11,6 milhões deles em 2025". Outro estudo de Mallerbi e Franco (1992) destaca que no Brasil, ao final da década de 80, foi estimada a prevalência do diabetes em adultos entre 30 a 69 anos, residentes em nove capitais brasileiras como sendo em torno de 8%.

O estudo do INCA/MS teve como objetivo principal investigar a prevalência do diabetes auto-referido na população adulta urbana de 15 capitais brasileiras e do Distrito Federal. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985), a maneira correta para determinação da prevalência do diabetes na população é a prova de tolerância à glicose e a medida de glicemia em jejum (REPORT, 1997). No INCA/MS (BRASIL, 2003) foi relatado que, devido aos altos custos e complexidade de inquéritos com medidas laboratoriais, a vigilância pode utilizar-se da morbidade auto-referida, ou relato do diagnóstico médico do diabetes. A utilização da morbidade auto-referida tem como limitação, a influência do acesso e do uso de serviços médicos e pode, na realidade medir a distribuição do acesso ao serviço na população, e não a correta distribuição da doença. Em estudo de validação realizado nos Estados Unidos (MARTIN et al, 2000), foi usado o registro médico dos pacientes como padrão-ouro, que revelou moderada sensibilidade (73%) e especificidade (80%), o qual sugeriu que a morbidade referida do diabetes pode ser um instrumento útil para estimativas deste agravo na população.

No inquérito do INCA/MS, o diabetes foi definido a partir do relato do diagnóstico médico de diabetes feito pelos entrevistados que alegaram ter realizado exame de glicemia. Foram analisadas as taxas de prevalência e seus intervalos de confiança (95%) em cada cidade, segundo sexo, idade e escolaridade. Para permitir comparabilidade com outros estudos, a idade da população adulta entrevistada foi estratificada em três faixas: 25 - 39 anos, 40 - 59 anos e 60 anos ou mais. Como resultados temos que a prevalência do diabetes auto-referido variou de 4,9% a 12,0% em homens e de 4,9% a 8,9% em mulheres. Entretanto, a análise dos intervalos de confiança não revela diferenças significativas por sexo na prevalência do diabetes auto-referido. Naquelas pessoas que referiram ter realizado exame de glicemia no sangue, a frequência aumentou significativamente com a idade. A prevalência do diabetes variou de 0% a 4,7% para as pessoas entre 25 a 39 anos; de 5,0% a 9,4%, para aqueles de 40 a 59 anos, e de 11,6% a 25,2% para os maiores de 60 anos. A prevalência do diabetes por escolaridade variou de 7,4% a 16,7% no grupo dos entrevistados com ensino fundamental incompleto e de 2,7% a 6,1% no grupo com pelo menos o ensino fundamental completo. A análise dos intervalos de confiança permite observar que a prevalência do diabetes foi significativamente menor entre os indivíduos com maior escolaridade no Distrito Federal e em onze capitais: Manaus, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Vitória, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre. Os valores específicos do DF para faixa etária são 1,7% (25 a 39 anos); 6,9% (40 a 59 anos) e 11,9% (acima de 60 anos). Para o gênero, no DF os percentuais são 5,1% para homens e 6% para mulheres e, quanto à escolaridade, 11% para o ensino fundamental incompleto e 2,8% para o ensino fundamental completo.

O estudo do INCA/MS (BRASIL, 2003) possibilitou conhecer estimativas de diabetes em cidades onde a prevalência era completamente desconhecida. A alta prevalência de acesso ao exame de glicemia, principalmente na população mais afetada – adultos maiores de 30 anos – foi importante para a confiabilidade da medida de prevalência por morbidade referida. Nesse estudo, a menor prevalência foi detectada nos entrevistados com escolaridade mais alta do Distrito Federal e em onze capitais não pôde ser interpretada como uma associação entre escolaridade e prevalência de diabetes, pois esta doença ocorre em coortes mais idosas, que têm menor escolaridade no país. O pequeno número de casos impossibilitou a análise da prevalência de diabetes e escolaridade ajustada pela idade dos entrevistados.

O inquérito do VIGITEL (BRASIL, 2006) aponta que, compreendendo o conjunto da população adulta nas cidades estudadas, foi observado que as mulheres (6%) mais do que os homens (4,4%) referem o diagnóstico médico prévio de diabetes. Quanto ao gênero e faixa etária, em ambos os sexos o diagnóstico da doença é mais comum com o avançar da idade, com percentuais de aproximadamente 1% para a faixa etária entre 18 e 24 anos e 17-20% nas pessoas com ou acima de 65 anos. No quesito escolaridade, foi verificado que quanto menor a mesma, maior a frequência de relatos da doença. Um detalhe nesse estudo refere-se ao fato de que enquanto 8,8% das mulheres com nível de escolaridade menor referem diagnóstico de diabetes, a mesma condição é observada em 2,4% daquelas com nível maior de escolaridade.

Em nosso estudo, 4,4% das pessoas referiram ter diabetes, além de ter sido observada uma frequência um pouco maior no sexo feminino (4,8% versus 3,7%), na faixa etária acima de 25 anos (5,1% versus 3,4%). Ademais, na escolaridade houve uma diferença de meio por cento entre as categorias e, quanto à adequação do nível de escolaridade, pouco mais de um por cento. A renda pessoal abaixo de 1,5 salários mínimos teve uma frequência um pouco maior (6,6% versus 4,4%), no entanto, para o diabetes nenhum desses valores tiveram significância estatística, mas condizem com os valores dos inquéritos referidos acima.

8.6 Consumo de frutas, legumes e verduras

O inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003) evidenciou que, em relação ao consumo de *frutas* cinco vezes ou mais por semana, as capitais estudadas da região Nordeste destacaram-se com os maiores percentuais encontrados. Natal apresentou a maior prevalência (74,8%) sendo que este valor foi mais do que o dobro do encontrado para a cidade de Campo Grande, que foi a capital com menor percentual, com apenas 35,6% dos indivíduos relatando consumo de frutas nesta frequência. Na região Sudeste, São Paulo foi a capital com menor prevalência (42,6%), com percentual semelhante ao de Belém e Manaus, na região Norte (43,8% e 39,6% respectivamente). O *Distrito Federal* teve um percentual para consumo de *frutas* de 49,1%. Para *legumes ou verduras*, o percentual máximo de indivíduos que relataram consumir estes alimentos cinco vezes ou mais por semana foi de 56,6% em Porto Alegre e o mínimo de 20,6% em Belém. De um

modo geral, as capitais das regiões Sul e Sudeste tiveram um maior percentual de indivíduos que referiram comer legumes ou verduras em comparação com as capitais estudadas nas outras regiões. Chama atenção o baixo percentual de indivíduos consumindo estes alimentos nas cidades da região Norte e em Fortaleza, que não alcançaram 30%. No *Distrito Federal* o percentual de *consumo de legumes ou verduras* foi de 49%. Para o *consumo global dos alimentos protetores (frutas, legumes ou verduras)* cinco vezes ou mais por semana, encontrou-se uma variação de 50,9% (em Manaus) a 81,4% (em Natal). Exceto por Fortaleza, as capitais do Nordeste e Sul foram as que apresentaram maiores percentuais de indivíduos que relataram consumo desses alimentos. Campo Grande, na região Centro-Oeste e as capitais da região Norte apresentaram os menores índices. Especificamente no *Distrito Federal* o percentual foi de 67,2%.

Ao analisar o consumo de frutas, verduras ou legumes, por *gênero*, o inquérito do INCA/MS apontou que foi observado que, com poucas exceções, as mulheres referiram comer estes alimentos pelo menos cinco vezes ou mais por semana com maior frequência do que os homens. Quando se considerou o consumo de frutas ou legumes ou verduras, Rio de Janeiro e São Paulo no Sudeste e as capitais estudadas nas regiões Centro-Oeste e Sul foram as cidades que apresentaram diferenças estatisticamente significantes. O *Distrito Federal* teve porcentagens relativas a gênero para consumo de *frutas* com o valor de 44,3% para homens e 52,7% para mulheres; para consumo de *legumes ou verduras* os valores são 42,8% para homens e 53,8% para mulheres e; para o *consumo global dos alimentos protetores (frutas, legumes ou verduras)* cinco ou mais vezes por semana temos as porcentagens de 62,1% para homens e 71,1% para mulheres.

Relativamente à *faixa etária*, o inquérito do INCA/MS trouxe que não foi observado um mesmo padrão para todas as regiões. Entretanto, em todas as cidades das regiões Sul e Sudeste, com exceção da cidade de Vitória, observou-se que o grupo de 50 anos e mais de idade apresentou o maior percentual de consumo de frutas pelo menos cinco vezes por semana. Para legumes ou verduras, na maioria das capitais estudadas, o grupo de 15 a 24 anos foi o que apresentou menor percentual de indivíduos que referiram consumir estes tipos de alimentos pelo menos cinco vezes por semana. Em alguns casos, como em Florianópolis, o percentual encontrado no grupo mais jovem correspondeu à metade daquele encontrado no grupo de 50 anos ou mais (29,9% e 63,8% respectivamente). Em 11 das 16 cidades estudadas observou-se que o grupo etário de 50 anos e mais foi o que apresentou maior percentual de consumo de frutas pelo menos cinco vezes por semana. Essa diferença foi estatisticamente significativa em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre quando comparada ao resultado apresentado pelos outros dois grupos etários (15 a 24 anos e 25 a 49 anos). Em São Paulo e Florianópolis essa diferença foi estatisticamente significativa apenas quando se comparou o grupo de 50 anos ou mais ao grupo mais jovem (15 a 24 anos). Quanto ao consumo dos três alimentos combinados (frutas ou legumes ou verduras), o percentual aumentou com a idade para 10 das 16 cidades estudadas, porém diferenças estatisticamente significantes só foram encontradas

para o Rio de Janeiro e São Paulo, na região Sudeste e nas três capitais da região Sul. Os valores encontrados especificamente para o *Distrito Federal* quanto ao consumo de *frutas* são 49,8% para indivíduos de 15 a 24 anos; 49,5% para pessoas de 25 a 49 anos e 46,5% para pessoas acima de 50 anos. Quanto ao consumo de *legumes e verduras* os valores são 39,5% para pessoas de 15 a 24 anos; 54,9% para pessoas de 25 a 49 anos e 47,9% para pessoas acima de 50 anos. Com relação ao *consumo global de alimentos protetores (frutas, legumes ou verduras)* temos as porcentagens de 62,9% para pessoas de 15 a 24 anos, 70,5% para pessoas de 25 a 49 anos e 64,7% para pessoas acima de 50 anos.

O inquérito do INCA/MS evidenciou que o grupo com ensino fundamental completo e mais apresentou um padrão de maior consumo de frutas, legumes ou verduras, separadamente ou combinado, em praticamente todas as capitais estudadas. No caso específico do *Distrito Federal*, o valor do percentual de consumo de *frutas* para o *ensino fundamental incompleto* é 34,7%; para consumo de *legumes ou verduras* 37,8% e para o *consumo global de alimentos protetores (frutas, legumes ou verduras)* 54,2%. O valor do percentual de consumo de *frutas* para o *ensino fundamental completo e mais* é 56,9%; para consumo de *legumes ou verduras* 55% e para o *consumo global de alimentos protetores (frutas, legumes ou verduras)* 74%.

Os dados do estudo VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) realizado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal trazem que, quanto ao consumo regular de *frutas* em cinco ou mais dias da semana *na população adulta (≥ 18 anos)* tem seu maior valor em Porto Alegre (53,5%) e menor em Boa Vista (24,4%) e no *Distrito Federal* 50,1%. No caso do consumo de frutas por *gênero*, este é mais freqüente em mulheres do que em homens em todas as cidades, destacando-se o *Distrito Federal* com 57,9% para mulheres e 41,3% para os homens. Levando-se em conta a o conjunto da população adulta, neste estudo foi verificado que o consumo regular de frutas aumenta com a *idade* e com o *nível de escolaridade*. Quanto ao consumo regular de *hortaliças* em cinco ou mais dias da semana, foi verificado neste estudo que, *os adultos (≥ 18 anos)* tem seu consumo máximo em Goiânia (62,1%) e mínimo em Macapá (19,6%). A freqüência quanto ao *gênero* caracteriza-se por ser maior em *mulheres* em cerca da metade das cidades estudadas, sendo as maiores freqüências observadas em Porto Alegre (66,2%), Campo Grande (66,3%) e Goiânia (66,8%) e as menores em Belém (26,9%), Macapá (23,5%) e Manaus (21,9%). No caso dos *homens*, as maiores freqüências são encontradas em Curitiba (57,5%) e menores em Macapá (15,3%). Considerando-se o conjunto da população adulta estudada, foi observado neste estudo que, o consumo regular de hortaliças tende a ser mais freqüente em mulheres do que em homens e que, em ambos os sexos, o consumo mais baixo é na *faixa etária* entre 18 e 24 anos e que a freqüência de consumo regular de hortaliças aumenta com níveis de *escolaridade* maiores. Com relação ao *consumo regular de frutas e hortaliças (em conjunto)* foi verificado que a freqüência de consumo pela população *adulta* foi modesta na maioria

das capitais estudadas, sendo *mais freqüente em mulheres* e, além disso, o mesmo *aumenta* com a *faixa etária* mais *elevada*. Relativamente ao nível de *escolaridade* foi observado que quanto maior o tempo em anos de estudo, maior o consumo conjunto de frutas e hortaliças.

O estudo sobre Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília (MARINHO et al, 2007) evidenciou que frutas, legumes e verduras são consumidos diariamente por cerca da metade dos indivíduos entrevistados. Em nosso estudo foi verificado que apenas 50% da população consome frutas ou sucos de frutas uma vez ao dia no Distrito Federal e 43% no Entorno. Quanto ao consumo de folhas cruas, verduras ou legumes cozidos, 60% das pessoas consomem esses alimentos uma vez ao dia no Distrito Federal e 62% no Entorno; sendo que o consumo inadequado de frutas é mais freqüente em pessoas com menor renda familiar, escolaridade e sem adequação do nível de escolaridade. O gênero, no caso do consumo de frutas, não teve associações significativas. Quanto ao consumo de folhas cruas, verduras e legumes cozidos, foi observado que o consumo inadequado é mais freqüente no sexo masculino, em pessoas abaixo de 24 anos e com menor escolaridade.

A análise dos dados traz que as estatísticas do presente estudo não se diferenciam muito daquelas obtidas em estudos de maior magnitude. A melhoria na renda familiar das pessoas isoladamente não seria um indicativo para melhora no consumo de frutas, legumes e verduras. Observa-se que a população adulta é a que mais consome esses produtos, podendo-se dizer que com o amadurecimento e melhoria do conhecimento as pessoas passassem a se alimentar melhor. Ademais, foi observado que 50,5% dos indivíduos foram aconselhados por profissionais de saúde a aumentar a ingestão de frutas e verduras. Fica evidenciada a importância de investimentos na educação, como campanhas educativas, que sempre são em longo prazo, mas que poderiam mudar esse quadro, e trouxessem a população mais jovem e menos letrada para cultivar hábitos alimentares mais saudáveis. As estatísticas comprovam que indivíduos com maior escolaridade se alimentam melhor. A questão da renda até pode ser contornada com alternativas comunitárias. Quando se coloca uma lente de aumento na comunidade, as particularidades são evidenciadas e, portanto, podem ser melhor refletidas com o objetivo de se buscar alternativas para melhoria dos problemas.

O estudo do INCA/MS (BRASIL, 2003) coloca que mais especificamente, entre as ações do Governo Federal em relação à promoção de uma alimentação saudável, está uma legislação aprovada em 2000 obrigando gestores do fundo da merenda escolar a gastarem 70% do orçamento anual do programa em frutas, verduras, e alimentos minimamente processados. A proposta visa aumentar, entre escolares, o consumo de alimentos *in natura*, diminuindo o consumo de açúcares, gorduras e sódio associados a uma dieta rica em alimentos processados.

8.7 Consumo de leite bovino, derivados do leite bovino, carnes, gorduras, gramíneas e leguminosas

No estudo do INCA/MS (BRASIL, 2003) o percentual de indivíduos que referiram beber *leite* foi superior a 70% em todas as capitais estudadas. No *Distrito Federal*, em Belo Horizonte e nas cidades alvo das regiões Norte e Sul, este valor foi superior a 80%. A maioria dos entrevistados referiu comer *carne vermelha* e *frango*. O consumo relatado de *carne vermelha* foi superior a 91% (no DF 96,1%) e o de *frango* ultrapassou 96% em todas as capitais (no DF 98,9%).

Dentre os que preferiam consumir preferencialmente *leite integral*, entre aqueles que bebem leite, este percentual variou de 61,0% em Porto Alegre a 87,2% em Belém. Com exceção da região Norte, onde Manaus apresentou um consumo muito próximo ao encontrado em Belém, não foram observados padrões regionais de consumo preferencial de *leite integral*. Entre as capitais estudadas no Nordeste, João Pessoa se destacou pelo alto percentual (83,1%) de indivíduos referindo a preferência de consumo por este tipo de leite. Analisando este dado por *gênero*, encontrou-se um *padrão de maior consumo* de leite integral entre os *homens* (no DF 72,9% dos homens e 70% das mulheres), quando comparados às mulheres para quase todas as capitais. Apenas em Curitiba esta diferença foi estatisticamente significativa.

No estudo do VIGITEL (BRASIL, 2006), o consumo de leite com teor integral de gordura por indivíduos na faixa etária \geq a 18 anos, considerando o conjunto da população adulta nas cidades estudadas é um pouco mais freqüente em homens do que em mulheres (59,4% versus 55,3%) e, em ambos os sexos, a freqüência deste consumo tende a diminuir com o aumento da idade e da escolaridade. Mesmo assim, nos indivíduos com maior escolaridade a freqüência de consumo de leite integral entre adultos é muito elevada (49,1% em homens e 43% em mulheres). Os valores para o Distrito Federal do consumo de leite integral em indivíduos acima de 18 anos é de 57,5%. Quanto ao consumo de carnes, o estudo do VIGITEL evidencia que, no conjunto da população estudada, é mais freqüente em homens (51,2%) do que em mulheres (29%) e, em ambos os sexos, a freqüência desse consumo tende a diminuir fortemente com o aumento da idade e da escolaridade. Os valores do DF para indivíduos acima de 18 anos foram 40,9%.

No estudo de Marinho *et al* (2007) a maioria dos entrevistados relatou preferir consumir o leite integral (59%). Os valores para consumo de leite semi-desnatado foram de 3,2% e desnatado 17,1% e, os que não costumavam beber leite perfizeram um total de 18,3%. Com relação ao consumo semanal de carnes bovinas, foram evidenciados os valores de 76,1%, carne suína 18,4%, frango 85% e peixe 32,2%. Os percentuais para indivíduos que referiram não consumir carnes bovinas são 12,2%, carne suína 81,2%, frango 8,6% e peixe 66,4%. Quanto ao consumo de gramíneas e leguminosas, os percentuais para consumo semanal de arroz foram de 19,2% (versus 1,4% para os que não consomem) e de feijão 23,8 (versus 5% para os que não consomem).

No presente estudo o consumo do leite bovino, incluindo todas as categorias de

consumo diário, foi de 52,9%, o que condiz com os estudos acima citados, à exceção do estudo do INCA (80%). Somente com o estudo de Marinho et al (2007) que é possível comparar os valores do consumo dos tipos de leite, onde encontramos, em nosso estudo que o consumo do leite integral é de 71,5% versus 59%; semi-desnatado 2,7% versus 3,2% e desnatado 13,2% versus 17,1%, onde verifica-se provável mudança no consumo desses produtos. Outro aspecto relevante em nosso estudo é de que, pessoas entrevistadas de menor renda familiar e menor escolaridade relataram maior freqüência no consumo de leite bovino. Quanto ao consumo de carnes, não foi questionado em nosso estudo o consumo de carnes vermelhas, porém, comparativamente ao estudo de Marinho et al, verificou-se que os consumos diário e semanal de carne de porco respectivamente em nosso estudo foram de 0,5% e 18,3% (versus 0,4% e 18,4%), de frango 8,8% e 79,9% (versus 6,4% e 85%) e de peixe 1,7% e 26,2% (versus 1,4% e 32,2%), onde se evidencia grande semelhança de valores. Também comparativamente ao estudo de Marinho et al, no caso das gramíneas e leguminosas, em nosso estudo verificou-se as porcentagens de consumo diário de arroz de 97,3% e semanal de 1,5% (versus 79,9% e 19,2%) e, de feijão 91,2% e 5,7% (versus 71,2% e 23,8%), onde observa-se uma mudança no consumo desses produtos para mais. Uma observação importante é que os valores do estudo de Marinho et al (2007) são para indivíduos menores de 15 anos, especificamente no caso desses alimentos acima descritos, exceto quanto ao consumo de leite e tipos de leite, onde foi considerado toda população estudada (n=500), enquanto em nosso estudo a faixa etária é a partir dos 12 anos. Ademais, em nossa pesquisa foi verificado o consumo de queijo, requeijão, margarina e manteiga, no entanto, em nenhum dos inquéritos e estudos acima foi pesquisado o consumo destes produtos, impossibilitando comparações. No entanto, acredita-se que os valores obtidos poderão ser úteis em futuras pesquisas na área nutricional.

8.8 Consumo de carboidratos

O consumo de carboidratos não foi pesquisado nos estudos do INCA/MS e VIGITEL. Dados para comparação com o presente estudo podem ser encontrados na pesquisa de Marinho *et al* (2007), onde foi verificado que o consumo em diário e semanal de pão em indivíduos menores de 15 anos é de 56% e 33,6% respectivamente e o consumo de massas ou macarrão de 6,4 e 69,6%. Na presente pesquisa, os valores de consumo diário e semanal, respectivamente de pão são 59,1% e 40,9%, havendo uma pequena diferença para o consumo semanal entre os dois trabalhos. Além disso, o sexo masculino e pessoas com idade igual ou menor a 24 anos consomem pães mais freqüentemente. Quanto ao consumo de macarrão, no nosso estudo verificaram-se os valores de 8,8% e 59,3 % para uso respectivo diário e semanal, onde se observa uma mudança mais significativa no consumo semanal, que diminuiu apesar de ter havido um pequeno aumento no consumo diário. Foi também verificado o consumo de bolos em nossa pesquisa, com consumo diário de 4,7% e semanal de 49,6%, o que agrega valor à avaliação quanto ao consumo de carboidratos no sentido complementar.

8.9 Consumo de sal

O consumo de sal não foi pesquisado em nenhum momento nos estudos acima utilizados até agora para comparações, nem nos itens referentes à pressão alta nos inquéritos do INCA/MS e VIGITEL. Verificou-se em nosso trabalho que, o consumo de sal nas refeições foi referido por 23,5% dos entrevistados e, dentre estes, 19,9% usam sal na salada, 4,7% usam sal na comida e 3% usam sal na salada e na comida. Além disso, 29,7% dos entrevistados foram aconselhados por profissionais de saúde a ingerir menos sal. Não houve associações estatisticamente significativas para o consumo de sal nos dois casos.

8.10 Consumo de bebidas não alcoólicas

Quanto ao consumo de bebidas não alcoólicas, o mesmo não foi relatado especificamente em outros grandes inquéritos, de forma a impedir comparações. Ficou evidenciado, na presente pesquisa que o consumo de refrigerante normal na categoria raras vezes ou nunca atingiu o valor de 33,6%; de refrigerante dietético 86,3%; de suco industrializado normal 46,8% e suco industrializado dietético 94,8%. No caso do consumo de suco de fruta natural, o percentual para a categoria raras vezes ou nunca ficou em 46,8%. Esses dados indicam que a população estudada está ingerindo sucos naturais em maior proporção que os outros tipos de bebidas citados, já que os valores encontrados nas categorias de consumo mensal, semanal e diário são bem menores, ou seja, os sucos naturais são os mais consumidos na frequência de 2 a 6 vezes por semana, sendo 39,3% no Distrito Federal e 42,7% no Entorno.

8.11 Mudanças nos hábitos alimentares

O trabalho de Marinho *et al* (2007), dentre os pesquisados para comparação, é o único que traz referências no quesito mudanças de hábitos alimentares nos últimos seis meses, onde se verifica que 37% dos entrevistados referiram mudanças, sendo que os motivos descritos foram 32,6% objetivando a perda de peso, 25,4% pela saúde e 20,6% pela reeducação alimentar. No cruzamento com características sócio-demográficas foi visto que a frequência maior nas mudanças de hábitos alimentares foi nas mulheres e na faixa etária entre 15 e 24 anos, sem associações significativas. Em nosso estudo esse questionamento foi feito considerando-se os últimos doze meses, onde encontramos os valores 48,5% para indivíduos que referiram mudanças nos hábitos alimentares. Quanto ao motivo, o relativo à saúde foi o mais citado (62,6% versus 25,4% no estudo acima referido). O motivo orientação de um profissional de saúde foi relatado por 35,3% das pessoas (versus 20,6% pela reeducação alimentar no estudo de comparação). Também foi encontrada, na presente pesquisa, uma frequência maior do sexo feminino e da faixa etária igual ou inferior a 24 anos dentre os que referiram mudanças por motivo de saúde e 76,8% das pessoas dessa mesma faixa etária referiram mudanças por motivo de orientação de um profissional de saúde. Dessa forma, se observa que os indivíduos têm procurado mudar seus hábitos alimentares no sentido de buscar melhoria na saúde com muito mais ênfase.

Uma observação importante e também referida no estudo de Marinho et al (2007) é de que, pelo fato de tratar-se de estudo transversal, fica difícil avaliar até onde os padrões de alimentação estão incorporando mudanças induzidas por intervenções educativas ou de outra origem.

8.12 Sobrepeso e obesidade

Para Popkin e Doak (1998) e International Association for the study of obesity (2004) a prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando rapidamente no mundo, sendo considerado um importante problema de saúde pública tanto para países desenvolvidos como em desenvolvimento. Em 2002, estimativas da Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2004) apontavam para a existência de mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, onde 300 milhões foram considerados obesos, sendo que, atualmente, estima-se que mais de 115 milhões de pessoas sofram de problemas relacionados com a obesidade nos países em desenvolvimento.

Para a OMS (WHO, 2000) a obesidade é uma doença crônica, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos e caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física. Fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo geralmente levam a um balanço energético positivo, e favorecem o aparecimento da obesidade.

Segundo Anjos (1992) e Afonso e Sichieri (2002), o Índice de Massa Corporal – IMC tem sido aceito e utilizado de forma ampla para estudos epidemiológicos, devido a sua simplicidade de obtenção, baixo custo e correlação com a gordura corporal. O IMC é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Valores de IMC acima de $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ caracterizam excesso de peso, sendo que, valores de $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ a $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ correspondem a sobrepeso e valores de $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ à obesidade. Essas definições são baseadas em evidências que sugerem que estes valores de IMC estão associados ao risco de doenças e morte prematura.

A OMS (2004) refere que o sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades, sendo que as conseqüências para a saúde associadas a estes fatores caracterizam-se por condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer. Além disso também estão associados a distúrbios psicológicos, incluindo depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida e baixa auto-estima. As prevalências de ansiedade e depressão são de três a quatro vezes mais altas entre indivíduos obesos, sendo que estes também são estigmatizados e sofrem discriminação social.

O Department of Health and Human Services (2001) aponta que, mesmo havendo

uma frequência maior de morbidades associadas ao sobrepeso e à obesidade em adultos, algumas delas, como diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensão arterial e problemas ortopédicos também são observadas em crianças e adolescentes com excesso de peso, e acredita-se que adolescentes com excesso de peso tenham 70% de chance de se tornarem adultos com sobrepeso ou obesos. As conseqüências para a saúde também acarretam conseqüências socioeconômicas substanciais. Os custos do excesso de peso para os sistemas de saúde são altos, sendo diretos e indiretos. Os diretos envolvem gastos com o tratamento da obesidade e suas conseqüências. Entre os indiretos, encontram-se a perda de renda pela redução da produtividade e do absenteísmo devido à doença ou incapacidade e a perda de renda futura devido a mortes prematuras.

De acordo com Monteiro (1995) e Mendonça e Anjos (2004), em uma análise comparativa de três pesquisas brasileiras para as regiões Nordeste e Sudeste – ENDEF (Estudo Nacional de Despesa Familiar), PNSN (Pesquisa Nacional Sobre Nutrição) e PPV (Pesquisa sobre Padrões de Vida) realizadas em 1975, 1989 e 1999, respectivamente, demonstram que, neste período, o sobrepeso e a obesidade aumentaram na maior parte dos grupos populacionais. A prevalência de obesidade em adultos com 20 anos ou mais no período de 1975 a 1989 quase dobrou, passando de 4,4% para 8,2%, chegando a 9,7% em 1999. Quanto ao excesso de peso, a prevalência passou de 21% para 32% no primeiro período de comparação. Os resultados da PPV apresentados separadamente para as regiões Nordeste e Sudeste mostraram prevalências de excesso de peso de 34,2% e 40,9%, respectivamente.

O inquérito do INCA/MS (2003) aponta as prevalências de sobrepeso ($25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$), obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) por capital estudada. A prevalência de sobrepeso nesses locais variou de 23,0% em Natal a 33,5% no Rio de Janeiro. Para a obesidade, as menores prevalências foram encontradas em Aracaju e Vitória com 8,1% e 8,2% respectivamente; novamente, a capital de maior prevalência foi o Rio de Janeiro com 12,9%. A prevalência de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) ficou entre 32,5% em Aracaju e 46,4% no Rio de Janeiro. A análise das prevalências por região mostra prevalências de sobrepeso e excesso de peso ligeiramente maiores para o Sul e Sudeste em relação às demais regiões. Nestas últimas, observamos que as cidades de maior porte, como Recife, Fortaleza e Manaus, apresentaram prevalências semelhantes às das regiões Sul e Sudeste. Já para a obesidade, nenhum padrão por região foi observado. Especificamente no DF os valores de sobrepeso, obesidade e excesso de peso são 25,4% , 8,7% e 34,1%. Na análise por gênero, observou-se uma maior prevalência de sobrepeso e excesso de peso entre os homens em relação às mulheres para todas as capitais estudadas. Para a obesidade, em Campo Grande e nas regiões Norte e Nordeste (exceto Aracaju), os homens apresentaram prevalências ligeiramente mais elevadas do que mulheres. No Distrito Federal e regiões Sul e Sudeste, com exceção de Vitória onde a prevalência de obesidade é maior entre homens e em Belo Horizonte e Florianópolis onde a prevalência é maior entre mulheres, as prevalências entre os dois

gêneros foram praticamente iguais. Entretanto, em nenhuma capital as diferenças encontradas foram estatisticamente significantes. No Distrito Federal, os valores de sobrepeso, obesidade e excesso de peso quanto ao gênero são 30%, 8,8% e 38,7% para os homens e, para as mulheres 21,4%, 8,6% e 30% respectivamente. Em relação à faixa etária, todas as capitais apresentaram o mesmo comportamento em relação à prevalência de excesso de peso. O grupo etário com menores prevalências foi o de 15 a 24 anos, com valores que variaram de 11,3% e 11,9% (Natal e Aracaju respectivamente) até 23,4% (Rio de Janeiro). O grupo composto por indivíduos de mais de 50 anos foi o que apresentou as prevalências mais elevadas, chamando a atenção o fato de que apenas quatro cidades tiveram prevalências inferiores a 50%: Belém (47,6%), Natal (47,0%), João Pessoa (49,5%) e Vitória (46,0%). Em São Paulo e Florianópolis, a prevalência de excesso de peso nesse grupo etário chegou aos 60% (61,1% e 60,2% respectivamente). No Distrito Federal os valores foram 13% (15 a 24 anos), 38,3% (25 a 49 anos) e 57,8% (50 anos e mais). Quanto à escolaridade, para os três indicadores – sobrepeso, obesidade e excesso de peso – observou-se um padrão de menor prevalência no grupo de maior escolaridade, nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Entretanto, a diferença foi menos acentuada para o sobrepeso. Os valores do DF para sobrepeso, obesidade e excesso de peso foram 26,6%, 10,6% e 37,2% (ensino fundamental incompleto) e, 25%, 7,7% e 32,6% (ensino fundamental completo).

O estudo VIGITEL (2006) evidenciou que, no conjunto da população adulta das 27 capitais foi observado tendência de aumento da frequência de excesso de peso com a idade até 54 anos nos homens e até 64 anos nas mulheres. Quanto ao nível de escolaridade, no gênero masculino o excesso de peso tende a aumentar discretamente com a maior escolaridade enquanto que no feminino, o excesso de peso diminui intensamente com níveis maiores. Relativamente à obesidade, foi observado o aumento da frequência com a idade até 54 anos para os homens e até 64 anos para as mulheres. Na escolaridade foi visto que no gênero feminino a obesidade declina com o aumento do nível escolar e no gênero masculino existem mínimas diferenças, existindo mais indivíduos obesos nas categorias extremas de escolaridade.

Os valores do presente estudo indicam que 18,6% dos indivíduos referiram que profissionais de saúde lhes informaram que estavam com excesso de peso e 9,5% com o colesterol alto, com valores para IMC até 25 em 49,2% dos entrevistados, IMC entre 25 e 30 em 24,8% das pessoas e IMC de 30 para mais de 9,2%. Tanto no DF como no Entorno, os valores de IMC igual a 25 (sobrepeso) e 30 (obesidade) foram os mais predominantes, no entanto o IMC igual a 25 só teve associação estatística significativa para a faixa etária acima de 25 anos e o IMC igual a 30 trouxe que mulheres, pessoas acima de 25 anos, com renda inferior a 3,5 salários mínimos, sem adequação do nível escolar e residentes no Entorno obtiveram aferições mais frequentes para essa medida. Esses valores são semelhantes aos estudos acima descritos. Ademais, os indivíduos referiram que foram aconselhados pelos profissionais de saúde a diminuir a ingestão

de gorduras e para que emagrecessem, com uma frequência maior para as mulheres e pessoas acima de 25 anos com alta significância estatística.

De acordo com o inquérito do INCA/MS (2003), em maio de 2004, durante a 57ª Assembléia de Saúde, a OMS, endossou a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, e convidou todos os países membros a desenvolver, implementar e avaliar as ações recomendadas pela Estratégia de forma a promover estilos de vida que incluam uma alimentação saudável e prática de atividade física. Ademais, o Brasil já desenvolve ações de promoção à saúde com o objetivo de prevenir o sobrepeso e a obesidade desde 1999, quando foi homologada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde. Esta política contém as diretrizes programáticas através das quais o Ministério da Saúde pretende alcançar o objetivo de "promover, proteger e apoiar práticas alimentares e estilos de vida que levem a um nível nutricional e de saúde ideal". Para alcançar este objetivo, o plano está apoiado em um tripé que inclui: legislação, informação e desenvolvimento de recursos humanos. Em relação à conscientização e compreensão das influências da dieta e da atividade física para a saúde, o Instituto Nacional do Câncer realiza nas escolas, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde o programa Saber Saúde que, falando de fatores de risco, levanta também a importância da boa alimentação e prática de atividade física para prevenção de doenças em escolares.

O estudo do INCA/MS (2003) ainda refere que, no âmbito da legislação, as leis que regulam a rotulagem de alimentos, vigentes desde 2002, visam auxiliar o consumidor a fazer escolhas alimentares informadas e mais saudáveis. Outras leis desenvolvidas em nível estadual e municipal têm restringido a oferta de produtos com alto teor de gordura e açúcares em cantinas escolares, de modo a diminuir o acesso de escolares a alimentos não saudáveis.

O controle eficaz da obesidade necessita de ações multissetoriais e integradas que abranjam desde a prevenção até o tratamento, que somadas a outras ações desenvolvidas por outras áreas da sociedade, vão ajudar no controle deste sério problema de saúde pública.

Atividade física

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. Especialmente em crianças e jovens, a atividade física interage positivamente com as estratégias para adoção de uma dieta saudável, desestimula o uso do tabaco, do álcool, das drogas, reduz a violência e promove a integração social.

O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) a maioria dos adultos nos países desenvolvidos são inativos. A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas. Segundo

o Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2008) a inatividade física é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo. Anualmente, estima-se que ela seja responsável por 10% a 16% dos casos de cânceres de cólon, mama e de diabetes e 22% das doenças isquêmicas do coração.

Conforme o Programa Agita Brasil (BRASIL, 2001) a inatividade física não representa apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade sendo mais prevalente em mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio-econômico e incapacitados sendo que, a partir da adolescência, as pessoas tendem a diminuir de forma progressiva o nível de atividade física.

Segundo a Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), é recomendado que indivíduos se envolvam em níveis adequados de atividade física e que esse comportamento seja mantido para a vida toda. Diferentes tipos, frequência e duração de atividade física são requeridos para diferentes resultados de saúde. Pelo menos 30 minutos de atividade física regular, de intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, reduz o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon e mama.

No estudo do INCA/MS (BRASIL, 2003) foi objetivado estimar o percentual de indivíduos insuficientemente ativos. De acordo com o nível de atividade física verificada no total da amostra, o percentual de indivíduos classificados como insuficientemente ativos foi maior em João Pessoa (54,5%) e menor em Belém (28,2%), sendo no DF 35,3%. Não foi observado padrão característico na frequência de insuficientemente ativos entre as regiões. Quanto ao gênero, as mulheres se apresentaram mais insuficientemente ativas do que os homens, com exceção de Belém e no DF o percentual foi 40,2% para mulheres e 28,7% para os homens. No entanto, para sete das dezesseis cidades estudadas – Belém, Natal, João Pessoa, Recife, Aracaju, Belo Horizonte e Vitória esta diferença não foi estatisticamente significativa e, em todas as capitais, entre os jovens de 15 a 24 anos foram encontrados percentuais mais baixos de indivíduos insuficientemente ativos, com exceção de Belém (30,6%), onde este grupo apresentou maior prevalência em relação aos demais grupos etários. Somente em Curitiba a diferença observada foi estatisticamente significativa entre 15 a 24 anos e em Recife, na comparação entre as faixas de 25 a 49 anos e 50 a 69 anos. João Pessoa se destaca por apresentar os maiores percentuais de indivíduos insuficientemente ativos em qualquer faixa etária (acima de 50%). Os valores percentuais de pessoas insuficientemente ativas, por faixa etária para o Distrito Federal são 33,1% (15 a 24 anos), 37,8% (25 a 49 anos) e 35,6% (50 a 69 anos). O grupo de entrevistados com menor escolaridade apresentou percentuais menores de insuficientemente ativos em quase todas as capitais, embora estas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, com exceção do Distrito Federal (27,8% para o ensino fundamental incompleto e 38,9% para o ensino fundamental completo). Vale ressaltar que o Rio de Janeiro e Porto Alegre foram as duas únicas cidades onde se observou um

maior percentual de insuficientemente ativos entre indivíduos de menor escolaridade, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

O estudo VIGITEL (BRASIL, 2006) evidenciou a freqüência da prática de atividade física no lazer, e a freqüência da inatividade física. Considerando-se o conjunto da população adulta estudada, a atividade física suficiente no lazer foi mais freqüente em homens do que em mulheres (17,7% versus 11,9%), sendo que nos homens a freqüência é máxima na faixa etária entre 18 e 24 anos (27,4%), declina com a idade para 11% (entre 35 e 44 anos) e sobe para 17% nos idosos (65 anos ou mais). Nas mulheres a situação é mais desfavorável entre 18 e 24 anos (10%) e nas idosas (65 anos ou mais). Em ambos os sexos a freqüência de atividade física aumenta com a escolaridade, com exceção da faixa etária de 12 anos ou mais, onde uma pequena porcentagem pratica exercícios físicos (15% das mulheres versus 23 % dos homens). Com relação à inatividade física, o estudo VIGITEL traz que a mesma foi duas vezes mais freqüente em homens do que em mulheres, além de ter tendência a aumentar com o nível de escolaridade. Destaca-se que o grupo de indivíduos com 12 anos ou mais, onde 50,7% dos homens e 41,4% das mulheres não realizam nenhuma atividade física relevante, em qualquer ocasião.

Em nossa pesquisa não foi questionada a prática de atividade física, porém foi perguntado se algum profissional de saúde aconselhou que as pessoas aumentassem a atividade física. Dos entrevistados, 45,9% foram aconselhados a aumentar a prática de exercícios físicos, sendo que a maior freqüência de conselhos foi dada às mulheres, indivíduos acima de 25 anos e pessoas residentes no Entorno.

8.13 Consumo de bebidas alcoólicas

Apesar de ser considerada uma droga, a bebida alcoólica é admitida para consumo de forma livre pela sociedade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), as mortes e seqüelas em indivíduos relacionadas ao consumo de álcool são estatisticamente maiores daquelas ao consumo de tabaco. Em nível mundial, o álcool está relacionado a 3,2% das mortes e 4,0% das *Disabilities Adjusted Life Year* (DALY), e nos países em desenvolvimento e com baixa mortalidade, incluindo-se o Brasil, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo responsável por 6,2% das DALY (WHO, 2002).

De acordo com dados da OMS (WHO, 2002), em sociedades desenvolvidas, principalmente nos países europeus, essas diferenças não são tão evidentes, em torno de 10% a 20%. Já para países em desenvolvimento, essas diferenças são maiores e variam mais. Na América Latina, essas diferenças variaram de 20% a 100%, dependendo do país. Em parte, esta variação encontrada nos países da América Latina pode ser explicada pelo tipo de bebida consumida com mais freqüência. Em países onde o consumo de vinho é alto, como no Chile, as diferenças entre gênero não chegam a 30% (68,7% entre homens e 53,6% entre mulheres). No México, onde cervejas e destilados são muito mais populares, o percentual de consumo no gênero masculino é praticamente o dobro do consumo no gênero feminino (73,0% entre homens e 37,0% entre mulheres). No Brasil,

Porto Alegre, na região Sul, onde se concentra a produção vinícola do país, apresentou a menor diferença por gênero (40%).

O inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003) aponta que o estudo deste comportamento na população é de extrema importância para a sociedade, "tendo em vista as conseqüências e os gastos públicos e privados decorrentes do uso/abuso ou dependência de álcool, com impacto em condições de saúde, de trabalho e na família". O referido Inquérito ainda coloca que existem diferenças no consumo de álcool segundo o gênero, sendo que os homens têm seu uso abusivo mais freqüente, além de estar associado de forma negativa com a situação socioeconômica, educação, ocupação e renda.

Este estudo teve como objetivo principal classificar os indivíduos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em função de quantidades que representam riscos para doenças e agravos não transmissíveis e não pretendeu produzir estimativas populacionais de alcoolismo. Os dados poderão ser utilizados para avaliar a proporção da população que consumiu álcool nos últimos 30 dias e aqueles que consumiram quantidades de álcool acima das recomendações da OMS. Foi considerado como uma dose padronizada: meia garrafa ou 1 lata de cerveja, um cálice de vinho ou 1 dose de bebidas destiladas (aguardente, whisky, etc). Classificou-se como de risco, o consumo diário médio acima das recomendações da OMS (2000), ou seja, mais de duas doses padronizadas de bebidas para homens e mais de uma dose padronizada para mulheres, por dia.

Os resultados do inquérito do INCA//MS apontam que as capitais do Centro-Oeste apresentaram padrão de consumo heterogêneo e, ao ser feita análise com relação ao gênero, um percentual significativamente maior de homens, em relação a mulheres, relatou ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias. Os valores para o DF foram no total 46,4% sendo relativamente a gênero, 60,6% para os homens e 35,5% para as mulheres. Quanto à faixa etária, foi observado que, em todas as capitais estudadas, o grupo entre 25 e 49 anos foi o que apresentou maior percentual de consumo atual. No Distrito Federal os percentuais foram 44,8% (15 a 24 anos), 53,5% (25 a 49 anos) e 28,9% (50 anos e mais). Com relação ao percentual, por nível de escolaridade, de indivíduos que relataram ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, em todas as capitais, a estimativa pontual de prevalência de consumo atual foi maior entre os indivíduos com maior escolaridade (ensino fundamental completo ou mais). No DF os valores para escolaridade são 36,6% para o ensino fundamental incompleto e 52,1% para o ensino fundamental completo. As prevalências de consumo diário de bebidas alcoólicas em níveis acima do recomendado (consumo de risco) no Distrito Federal, de um total de 1962 entrevistados, 158 indivíduos foram considerados como consumidores de risco (n=158) ou 8,1 % com IC entre 6,6-9,5.

O estudo VIGITEL (BRASIL, 2006) foi focado na freqüência de indivíduos que, nos últimos trinta dias, consumiram em um único dia mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens). Foi considerada como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho. Dessa forma, ficou evidenciado que o consumo de bebidas alcoólicas foi duas vezes mais freqüente em homens (16,1%)

do que em mulheres (8,1%). Em ambos os sexos, a frequência de consumo abusivo foi maior nas faixas etárias mais jovens (30% nos homens e 10% nas mulheres entre 18 e 44 anos). A partir dos 45 anos de idade, o consumo declina progressivamente, com 5% para os homens e 1% para as mulheres com 65 anos ou mais. Quanto à escolaridade, a frequência variou pouco conforme níveis maiores.

No presente estudo, foi observado que 37,7% dos entrevistados consomem bebidas alcoólicas. O consumo semanal ou de quatro vezes ao mês foi 17,2%, com 25% de consumo de 3 ou 4 doses em uma ocasião e 23,3% para o consumo de 5 ou mais doses na frequência de uma ou poucas vezes por mês. A cerveja e o vinho foram as bebidas com maiores frequências de consumo no DF e Entorno. A maior inadequação de consumo é em pessoas do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, com adequação do nível de escolaridade e residentes no Distrito Federal. A exemplo do que foi referido nos estudos acima, o uso inadequado de álcool é cerca de duas vezes mais frequente em homens do que em mulheres.

No ano de 2008, tivemos avanços importantes na legislação do Brasil no que tange ao consumo de álcool, com a Lei 11.705 de 19/06/2008 (BRASIL, 2008), com ênfase a proibição de qualquer quantidade de álcool no sangue para conduzir veículos automotores e na proibição da venda de bebidas alcoólicas nas rodovias do país. Espera-se que, a partir dessa legislação, as estatísticas de acidentes de trânsito mudem de perfil, e, somado a isso, possa haver um grande debate no sentido de repensar o comportamento da sociedade frente ao problema e conseqüências do consumo dessas bebidas.

8.14 Tabagismo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998 e 2004) o tabagismo é uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades e representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero. Se não houver uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a OMS estima que o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos.

A OMS (WHO, 1999) relata que, atualmente, o tabaco é um dos principais responsáveis pela carga de doenças no mundo, causando cerca de uma em cada oito mortes. Um em cada três adolescentes fumantes morrerá prematuramente devido ao tabagismo. A elevada prevalência de fumantes no mundo deve-se principalmente à ação da indústria do tabaco, que investe vultosas quantias em promoção e propaganda de

cigarros. Para se manter viva, a indústria do tabaco precisa repor continuamente seu "estoque" de fumantes, fazendo dos jovens e adolescentes os principais alvos de suas campanhas promocionais. Cerca de 80% a 90% dos fumantes iniciam-se no tabagismo antes de 18 anos, sendo que, nos países em desenvolvimento, a maior proporção de jovens começa o hábito do fumo em torno dos 12 anos.

Além das conseqüências à saúde (WHO, 2004), o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde. Em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não-fumantes. Quanto aos danos causados ao meio ambiente, destaca-se a poluição por pesticidas e fertilizantes durante o plantio bem como o desflorestamento necessário para a cura da folha de tabaco. Em alguns países em desenvolvimento, o desflorestamento para a cura do tabaco atinge 5% do desflorestamento total.

Existem importantes diferenciais no padrão e tendências do consumo de tabaco por gênero e por classe social no mundo (WHO, 2004), ou seja, desde que o tabagismo foi introduzido na sociedade moderna, a proporção de homens fumantes tem sido mais elevada do que a de mulheres. Mais recentemente, tem-se observado, no sexo masculino, um ligeiro declínio na prevalência, principalmente nos países desenvolvidos, mas também em alguns países em desenvolvimento. Quanto ao sexo feminino, alguns países desenvolvidos apresentam uma discreta tendência à redução na proporção de fumantes correntes. Ainda quanto às mulheres, nos países em desenvolvimento, o grande desafio a ser enfrentado é o evidente aumento da iniciação e conseqüente aumento da prevalência neste grupo populacional.

No início da expansão do tabagismo (WHO, 1998) em países desenvolvidos, maiores prevalências eram observadas entre pessoas de classes sociais mais abastadas. Pelo menos em homens, sobre os quais há mais informações, essa situação foi progressivamente se invertendo. Ou seja, pessoas de melhor situação econômica foram progressivamente abandonando o tabagismo e, atualmente, nesses países, a população de mais baixa renda e escolaridade encontra-se mais exposta.

De acordo com o inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003), uma análise do tabagismo como problema de saúde pública deve incluir também os efeitos do tabagismo passivo, onde a exposição involuntária à fumaça ambiental do cigarro aumenta o risco de câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência coronariana. Em crianças, aumenta o risco de sintomas respiratórios, episódios de asma, episódios de doença respiratória aguda, síndrome da morte súbita na infância e infecções de ouvido médio. Estudos sobre os efeitos na gravidez e feto mostram que o tabagismo passivo aumenta o risco de baixo peso ao nascer, bem como de mortalidade perinatal e, durante a gravidez, o tabagismo está associado ao aumento do risco de descolamento prematuro de placenta e hemorragia no pré-parto.

Segundo o estudo do INCA/MS (BRASIL, 2003), os dados sobre a proporção de

fumantes disponíveis para o Brasil como um todo são muito antigos: datam de 1989 quando foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. Havia, naquele ano, mais de 30 milhões de fumantes no país. Entre pessoas de 15 anos ou mais, 33,1% fumavam, sendo o percentual entre homens de 40,3 e entre mulheres, de 26,2. O Instituto Nacional de Câncer realizou, em 2000, uma pesquisa domiciliar para estimar a prevalência e o perfil de fumantes no Município do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 2.393 pessoas com 15 anos ou mais de uma amostra probabilística de 1.070 domicílios, entre as quais 23,4%, no sexo masculino, e 20,0%, no feminino, eram fumantes. Comparando-se a pesquisa realizada pelo INCA com a PNSN de 1989, a proporção de pessoas que se diziam fumantes no momento da pesquisa diminuiu em 30%.

Dentre os resultados do inquérito do INCA/MS (BRASIL, 2003), foi observada uma grande disparidade na magnitude do problema em diferentes áreas do país. De uma forma geral, as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências. Das oito cidades com maiores prevalências, sete situam-se nas regiões Sul e Sudeste do país. Em todas as cidades, a estimativa pontual do percentual de fumantes foi maior entre os homens, quando comparados às mulheres. Essas diferenças foram estatisticamente significativas em todas as cidades das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, com exceção de Natal. A razão de prevalências entre homens e mulheres revela que, enquanto nas regiões Sul e Sudeste o percentual de homens fumantes foi, em média, 30% maior do que o de mulheres fumantes, nas regiões Norte e Nordeste este percentual variou de 50% a 100%. A única exceção é Belo Horizonte em que, mesmo estando na região Sudeste, a prevalência de tabagismo em homens foi cerca de 60% maior do que entre mulheres, diferença estatisticamente significativa. Os percentuais do Distrito Federal para fumantes regulares foi 17,3% (total), sendo 20,8% homens e 14,6% mulheres.

Com exceção de Campo Grande, em todas as cidades, o consumo de cigarros foi maior entre os indivíduos com 25 anos ou mais quando comparados aos de 15 a 24 anos, sendo esta diferença estatisticamente significativa, exceto para Natal, Vitória, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre. Entretanto, analisando-se a razão de prevalências entre o grupo dos mais maduros em relação ao grupo dos mais jovens, Porto Alegre, Curitiba, Vitória e Campo Grande mostraram um perfil mais preocupante ao apresentarem, simultaneamente, as menores razões de prevalência e os maiores percentuais de fumantes no grupo etário mais jovem quando comparadas a outras cidades. Estes dados indicam que, nestas capitais, a iniciação ao tabagismo é mais acentuada. No DF, os percentuais foram 12,6% (15 a 24 anos), 19,3% (25 anos e mais).

É possível ainda observar que o tabagismo foi maior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto), quando comparado com os de maior escolaridade (ensino fundamental completo e mais) em todas as cidades, embora em cinco delas esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. De um modo geral, as cidades da região Sudeste apresentaram menores razões de prevalência de tabagismo por níveis de escolaridade, as do Sul e Centro-Oeste apresentaram situação

intermediária e as cidades das regiões Norte e Nordeste apresentaram as razões mais elevadas. No Distrito Federal, para o ensino fundamental incompleto o percentual foi de 23,1% e 14,1% para o fundamental completo.

A exposição ambiental à fumaça do tabaco foi analisada através do percentual de indivíduos não-fumantes, no momento da pesquisa, que se encontravam expostos dentro de seu domicílio. Campo Grande (10,2%), Curitiba (14,7%) e Vitória (14,7%) apresentaram o menor percentual. Em Natal, Fortaleza, Recife, Manaus, João Pessoa, Belém, Belo Horizonte e São Paulo, cerca de 20% ou mais dos não-fumantes estavam expostos ao tabagismo em seu domicílio. As demais cidades – Porto Alegre, Florianópolis, Aracaju, Rio de Janeiro e Distrito Federal – apresentaram percentuais que variaram de 16,1% a 18,8%. O grupo etário mais jovem, ou seja, o de entrevistados de 15 a 24 anos, apresentou percentuais mais elevados do que o grupo de 25 anos ou mais, variando de 14,4% em Campo Grande a 36,8% em Natal (diferenças estatisticamente não significativas para João Pessoa, Aracaju, Campo Grande e Vitória). Em sete cidades investigadas, 30% ou mais dos jovens não-fumantes encontravam-se expostos à poluição ambiental do cigarro em seu domicílio. No Distrito Federal, um total de 16,1% dos indivíduos ficava exposto à fumaça do tabaco, sendo 24,5% na faixa etária entre 15 e 24 anos e 12,2% na faixa etária de 25 anos e mais.

Quanto ao indicador de cessação do tabagismo (número de ex-fumantes dividido pelo número de fumantes atuais mais os ex-fumantes), para a população total de cada cidade alvo, encontrou-se uma variação de 44,0% (em João Pessoa) a 58,3% (em Campo Grande). Não se observa, aqui, um padrão específico entre as regiões do país. Nas cidades das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste a cessação foi maior no sexo feminino, com exceção de Natal e Recife. Já nas cidades das regiões Sul e Sudeste, o gênero masculino apresentou maior índice de cessação, à exceção de Belo Horizonte. Os valores para o DF são 50,4 (total), sendo 50,1% homens e 50,7% mulheres.

A proporção de cessação foi mais elevada no grupo com maior escolaridade, exceto das cidades de Manaus e São Paulo. Somente em Recife e Porto Alegre esta diferença foi estatisticamente significativa. No DF os percentuais foram 46,9% para o ensino fundamental incompleto e 53,3% para o ensino fundamental completo e mais. O grupo de fumantes regulares foi analisado quanto à idade de iniciação e número de cigarros fumados ao dia. A maior parcela da população começou a fumar antes dos 20 anos, com percentuais que giraram em torno de 70%. No Distrito Federal, do total de fumantes regulares, 63,2% iniciaram o hábito entre 5 e 9 anos e 36,8% entre 20 a 55 anos. A análise da distribuição de fumantes segundo o número de cigarros fumados ao dia mostra que o maior percentual de fumantes encontrava-se na faixa de 1 a 10 cigarros, seguida da de 11 a 20. Em algumas cidades, o percentual de fumantes de 21 cigarros ou mais, em geral mais dependentes de nicotina, superou os 10%, atingindo 17,4% na cidade de Campo Grande. No DF 57% fumavam 1 a 10 cigarros por dia, 35% fumavam 11 a 20 cigarros por dia e 8% fumavam 21 cigarros ou mais por dia.

O inquérito do VIGITEL (BRASIL, 2006) pesquisou as freqüências de fumantes e ex-

fumantes, onde foi considerado fumante o indivíduo que fuma todo o dia, independente da frequência e hábito de fumar e, ex-fumante, todo não-fumante que já fumou alguma vez em sua vida. A frequência de fumantes na população estudada foi maior no gênero masculino do que no feminino (20,3% versus 12,8%). Foi observado que, em ambos os gêneros, a frequência de fumantes tende a aumentar com a idade até os 54 anos e decresce a partir dessa idade até atingir a menor frequência com 65 anos ou mais de idade. Com o aumento da escolaridade, a frequência diminui de forma uniforme e intensa em ambos os sexos - 24,2% em homens e 14,7% em mulheres com menor escolaridade e 14,4% em homens e 9,1% em mulheres com maior escolaridade. Quanto à frequência de ex-fumantes, foi observado que esta aumenta de forma sistemática com a idade entre os homens e aumenta até a idade de 54 anos entre as mulheres. Em ambos os gêneros, a frequência é elevada na faixa de escolaridade menor.

No presente estudo, os percentuais de fumantes, não fumantes e ex-fumantes eram 11,1%, 88,9% e 11,2% respectivamente, sendo que 88,7% dos fumantes faziam uso de cigarros comercializados. Quanto à quantidade de cigarros consumidos por dia, o maior percentual foi de valores iguais ou menores que 10 cigarros por dia. A faixa etária de início do tabagismo igual ou menor que 15 anos de idade teve percentual de 40,9% e acima de 15 anos 59,1%. A faixa etária mais freqüente dos fumantes foi acima de 25 anos. Quanto ao tempo de hábito tabagista menor ou igual há 10 anos, temos o valor de 45,5% e acima de 10 anos, 54,5%. Quanto aos ex-fumantes, o total foi de 11,2%, sendo que a maioria havia parado de fumar a um tempo igual ou menor que 7 anos e a força de vontade foi o recurso mais referido como utilizado para cessação do tabagismo. No que se refere à frequência de indivíduos não tabagistas em ambientes de fumo, 34,6% relataram conviver nesses ambientes, versus 65,4%, sendo que, dentre os que relataram freqüentar esses ambientes, 42% o fazem quatro ou mais vezes por semana. Nas associações com variáveis preditoras e o tabagismo, foi evidenciado que este é mais freqüente em pessoas com menor escolaridade, sem nível de adequação escolar, na faixa etária igual ou maior que 25 anos e, o hábito de fumo há mais de 10 anos é mais freqüente em pessoas acima de 25 anos e residentes no Entorno. Quanto ao tabagismo passivo, este é mais freqüente em indivíduos com 24 anos ou menos e residentes no Entorno.

Em comparação com os estudos acima, houve uma redução do número de fumantes, porém, o sexo masculino ficou apenas 0,1% acima do feminino, o que pode indicar uma redução grande do hábito tabagista por parte dos homens. Ademais, houve um aumento do percentual de fumantes na faixa etária igual ou menor a 24 anos. Isso denota um sinal muito negativo, que poderá acarretar conseqüências preocupantes na saúde desses indivíduos. A escolaridade mais baixa continua sendo um fator de risco para o tabagismo e, o percentual de pessoas expostas a ambiente de fumo aumentou. A quantidade de cigarros consumida por dia continuou na faixa de 1 a 11 unidades. No que se refere à frequência em ambientes de fumo, observa-se um aumento nos percentuais.

8.15 Recursos de assistência à saúde

Um dos aspectos que mais chamou a atenção em nosso estudo refere-se à grande diferença na proporção da existência e funcionamento do Programa Saúde da Família nas duas regiões (menor no DF e maior Entorno). Acredita-se que a renda familiar foi maior no DF, o que talvez influencie os indivíduos na procura por serviços de saúde particulares ou planos de saúde.

8.16 Recursos de assistência à saúde – profissionais

Devido ao fato de haver maior proporção de serviços de saúde no Entorno, na mesma medida têm-se o número de profissionais da área da saúde. A frequência de médicos, enfermeiros e agentes de saúde é a mais significativa nessa mesma região.

8.17 Saneamento básico

Foi observado que existe saneamento básico em uma boa proporção, especialmente no Distrito Federal, no entanto, a proporção de fossas sépticas é bem mais acentuada no Entorno, o que não invalida o saneamento, já que pelo menos está havendo um “destino” para os dejetos. No entanto, a maior preocupação é em que medida isso poderá estar agindo no meio ambiente, especialmente nos lençóis freáticos, cada vez mais escassos.

8.18 Questões relativas ao Tema Saúde

Com relação à frequência de respostas dos três questionamentos realizados com os entrevistados, ficou caracterizada a grande demanda pelos serviços públicos de saúde especialmente na região do Entorno, sendo que, o conceito global, multifacetado de saúde, traduzido pela maior frequência da resposta à segunda pergunta, com termos relativos à holismo, traduz a visão ampliada das pessoas em aspectos de saúde e independentemente da condição sócio-econômica e cultural. Outro aspecto observado, relativo às respostas da terceira pergunta, que traduziram a simbologia da palavra saúde, foi a maior frequência de respostas relacionadas ao sentimento/emoção das pessoas. Poderia ser uma manifestação dos indivíduos que enxergariam a saúde como aquele espaço onde ser cuidado é o essencial, sentir-se cuidado remete à necessidade mais humana que poderia ser manifestada nesse momento. A proporção de respostas – sentimento – nos faz refletir sobre quão frágil estariam os indivíduos se sentindo quanto ao cuidado que vêm recebendo dos serviços de saúde. As pessoas estão realmente recebendo o atendimento integral? A primeira coisa que nos vem à mente é a resposta de um usuário de Formosa-GO, quando questionada sobre o funcionamento do Programa Saúde da Família: relatou-nos que, de quatro em quatro meses a agente comunitária chega no portão de sua residência “para que ela assine vários papéis”. Perguntamos se ela lia esses “papéis”. “- não, só mandam eu assinar!”

Em estudos posteriores a essa dissertação será trabalhada a questão de qualidade de vida, com associação entre essas variáveis, como complementação ao tema aqui abordado.

8.19 Freqüência à biblioteca

As bibliotecas são espaços amplamente utilizados, tanto no Distrito Federal como no Entorno, caracterizando-se o grande potencial desses locais para ações de educação em saúde que poderão ser planejadas e implementadas após este amplo estudo diagnóstico.

8.20 Qualidade de vida – WHOQOL-Bref

A avaliação da qualidade de vida com os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref da Organização Mundial de Saúde já foi aplicada em nosso país em indivíduos idosos (FLECK *et al*, 2002), em pessoas com depressão (PEREIRA *et al*, 2006), com dependentes de álcool (LIMA, 2001) e em pacientes lesados medulares (BAMPI *et al*, 2008). Entretanto, estudos prévios onde tenha sido aplicado estes instrumentos na população comum, especificamente no Distrito Federal e região do Entorno, não foram encontrados e, dessa forma, a possibilidade de comparações fica escassa. Porém, os resultados encontrados foram de grande importância no sentido de conhecer a população que frequenta o ambiente das bibliotecas, que representam em vários aspectos a população comum em geral.

A avaliação realizada pelo WHOQOL-Bref permitiu evidenciar a grande proporção de mulheres, com idade acima de 25 anos, com rendas pessoal e familiar menores, menor escolaridade, sem adequação do nível de escolaridade e residentes no DF com inadequações na qualidade de vida em todos os Domínios e Questões W1 e W2. Esse diagnóstico servirá de parâmetro para futuras intervenções e estudos de gênero.

Houve forte associação entre qualidade de vida e alguns aspectos avaliados, no sentido de se ter um conhecimento com relação à auto-percepção de saúde, sobrepeso e obesidade, disponibilidade e funcionamento de serviços de saúde e profissionais de saúde e disponibilidade de saneamento básico. Dessa forma, a utilização do WHOQOL-Bref constituiu-se um instrumento de fundamental importância, como complemento para a elucidação do diagnóstico da população estudada na presente pesquisa.

8.21 Limitações da Pesquisa

Algumas limitações do estudo se relacionaram à quantidade de locais, número de entrevistas proposto e o tempo disponível da pesquisadora, que trabalha em tempo integral, o que, dentre outros fatores, limitaram a busca de participantes na faixa etária abaixo de 18 anos, que seria de grande importância no conhecimento das características dos indivíduos nessa idade. Ademais, algumas falhas no estudo são reconhecidas, como a falta de questionamentos sobre atividade física - no caso somente foi verificado se houve aconselhamento para realização da mesma.

Outras limitações da pesquisa devem ser consideradas como o fato de que estudos transversais dependem de uma amostra "disponível no momento" e, como não são dinâmicos, não detectam por exemplo evasão escolar ou pessoas encarceradas. Esse viés de prevalência seria contornado por um estudo de coorte. Algumas variáveis podem estar sujeitas a um tipo de ambigüidade temporal, ou seja, não se sabe o que ocorreu primeiro, se foi o preditor ou o desfecho.

A amostra foi não probabilística, ou seja, nem todos os indivíduos freqüentam as bibliotecas, assim, devido ao fato de não ter sido escolhida por procedimento probabilístico, sob hipótese alguma seria representativa da população. Ainda não foi realizada uma análise de estratificação ou de qualquer outro método que corrija vieses de confundimento, portanto os dados poderão sofrer ainda alguma modificação para mais ou para menos, com uma associação mais ou menos intensa.

9. Conclusões

Quanto aos aspectos sócio-econômicos e demográficos, foi verificado que a faixa etária no Distrito Federal dos freqüentadores das bibliotecas públicas variou entre 18 e 64 anos e no Entorno entre 12 e 68 anos e a idade acima de 24 anos foi em maior proporção nas duas regiões estudadas. As mulheres foram em maior proporção no Entorno versus os homens no DF. A renda pessoal foi acima de 1,5 salários mínimos nas duas regiões e a familiar acima de 3,5 salários mínimos foi maior no DF, com grande variação de renda e houve maior freqüência de pessoas com emprego no Entorno. Os estudantes são em maior proporção no DF e a maioria tem ensino médio completo no DF e fundamental incompleto no Entorno. A igreja foi o local mais freqüentado no Entorno e, no DF, dois terços dos indivíduos não participam de organizações ou associações.

Com relação aos demais aspectos pesquisados, foi verificado que a maioria dos entrevistados tem bons hábitos de higiene. Além disso, foi alta a freqüência de exposição solar entre 10 e 16 horas nas duas regiões sendo que as pessoas usam poucos produtos e/ou equipamentos para se protegerem dos raios solares. No DF metade dos entrevistados consideraram sua saúde boa e no Entorno quase metade. Quanto à questão de sobrepeso e obesidade foi observado que estes tiveram freqüência mais alta nas mulheres, indivíduos com 25 anos ou mais, com menores renda familiar e escolaridade e residentes no Entorno. Os hábitos alimentares são razoáveis nas duas regiões para freqüência de consumo de frutas, verduras e legumes sendo que pessoas com maior renda familiar consomem mais esses produtos. Ademais, o consumo de leite é alto entre os que possuem renda familiar menor. Metade dos indivíduos consome álcool no DF e um pouco mais da metade no Entorno e cerca de 11% dos entrevistados são tabagistas. Os recursos de assistência à saúde estão presentes nas duas regiões e o Programa Saúde da Família é mais atuante no Entorno. O saneamento básico está presente em alta proporção nas duas regiões. As bibliotecas são usadas mais por motivos de estudo no DF e no Entorno mais por motivos sociais. Quanto à qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-Bref, foi verificado que as mulheres, com idade acima de 25 anos, com menor renda pessoal e menor escolaridade apresentaram insatisfações com maior freqüência.

Consideramos que, dentre os objetivos gerais - identificar a percepção dos participantes do estudo acerca do auto-cuidado com o corpo e saúde física e mental - e específicos - conhecer o perfil social e epidemiológico, aspectos da qualidade de vida e informações a respeito de morbidades dos usuários das bibliotecas públicas do Distrito

Federal e Entorno, do presente trabalho, todos foram alcançados, sendo permitido a obtenção de um conhecimento amplo ou um diagnóstico acerca da percepção dos usuários de bibliotecas públicas com relação ao auto-cuidado com o corpo, saúde física e mental e qualidade de vida na perspectiva da promoção da saúde.

As bibliotecas públicas são espaços institucionais de acesso a todos os indivíduos, independentemente do nível sócio-econômico e cultural, portanto, representativos das comunidades. Ademais, as pessoas que freqüentam as bibliotecas são diferenciadas no sentido de serem sujeitos que buscam melhorias em termos de instrução e cultura, portanto, são formadores de opinião. Indivíduos formadores de opinião são multiplicadores de conhecimentos e informações para as comunidades. Sugerimos, a partir deste estudo, um planejamento e implementação de intervenção na área de educação em saúde, já que os espaços das bibliotecas são nichos sociais importantíssimos, que devem ser preenchidos e ocupados com ações que auxiliem na promoção da saúde e em ações preventivas nas comunidades. Uma avaliação durante e após essa intervenção, para verificação e monitoramento de mudanças nos hábitos e qualidade de vida seria uma alternativa importante, que contribuiria para o planejamento de futuras ações de saúde e políticas públicas.

Como as bibliotecas de Sobradinho, Taguatinga, Cruzeiro e Santa Maria Sul estavam em reforma na época da coleta de dados, a pesquisadora se compromete em concluir essa coleta nesses locais, para que a totalidade das entrevistas propostas seja concluída e amplie a abrangência dessa pesquisa.

É importante que se realizem mais estudos nessa área, que permitam futuras comparações e, portanto, avaliações da magnitude dos problemas de saúde dos indivíduos e do impacto de políticas públicas aplicadas, para que sejam indicadas áreas prioritárias de ação.

Referências Bibliográficas

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, p.153-163, 2002.

ALMEIDA, F. F.; BARRETO, S. M.; COUTO, B. R.; STARLING, C. E. Predictive factors of inhospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.80, n.1, p. 51-60, 2003.

ALMEIDA, M.F. *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**; v.7,n.4, 743-756, 2002.

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, v.26, n.6, p.431-6, dez. 1992.

ANTUNES, W.; CAVALCANTE G.A.; ANTUNES M.C. **Curso de capacitação para dinamização e uso da biblioteca pública**. São Paulo: Global, 2000. p. 19.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; LIMA, David Duarte. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-brief. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2008.

BRASIL. Constituição (88). **Constituição Brasileira de 1988**. <http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const/10k>. Acesso em: 04 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores**. [S.l:s.n.], 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. <http://www.drt2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 17 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação Projeto Estação BVS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPBELL, G.A.M. *et al.* A pele do idoso: a propósito de 150 observações. **Rev. da Assoc. Bras. de Dermatologia**; v. 70 n.6, 511-514, nov./dez. 1995.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Improving nutrition and increasing physical activity**. Disponível em: <www.cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition/>. Acesso em: 06 jun. 2008.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity**. Rockville: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, [2001].

DIFFEY, B.L.; ELWOOD, J.M. Tables of ambient solar ultraviolet radiation for use in epidemiological studies of malignant melanomas and other diseases. In: GALLAGHER R.P.; ELWOOD J.M. (Ed.) **Epidemiological aspects of cutaneous malignant melanoma**. Boston: Kluwer, 1994. p. 81-105.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de Qualidade de Vida " WHOQOL-Bref ". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000.

FISCHER, R.G. Controle mecânico e químico do biofilme dental. In: TUNES, U.R.; RAPP, G.E. **Atualização em periodontia e implantodologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

FLECK, M. P.A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n.4, 431-8,2002.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 66, p. 641-56.

GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. d'A. Reported morbidity and use of health services by working women, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.1, p.75-82, fev. 2003.

HULLEY S.B.; CUMMINGS S.R. **Designing clinical research**. Baltimore: Willians & Wilkins, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados sobre cidades**. <http://www.ibge.gov.br/cidades>. Acesso em: 07 jul. 2008.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. **About obesity**. <<http://www.ioft.org/>>. Acesso em: 06 ago. 2008.

KING, H.; UUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. Global burden of Diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. **Diabetes Care**, v.21, n.9, p.1414-30, 1998.

LIMA, A.F.B.S. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. Porto Alegre: UFRS, 2001. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

LIMA e COSTA, M. F. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 1, p. 23-40, 2000.

LISBOA, Isabel Cristina; ABEGG, Cláides. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde** (on line), v.15, n. 4, p. 29-39, dez. 2006 Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000400004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J.; BRAZILIAN COOPERATIVE GROUP ON THE STUDY OF DIABETES PREVALENCE. Multicenter Study of the prevalence of Diabetes mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian population aged 30-69 years. **Diabetes Care** v.15, n.11, p. 1509-16, 1992.

MARINHO, M.C.S.; HAMANN, E.M.; LIMA, A.C.C.F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 7, n.3, 251-261, jul./set. 2007.

MARTIN, L. M. *et al.* Validation os self-report chronic conditions and health services in a managed care population. **American Journal of Preventive Medicine**, v.18, n.3, p.215-8, 2000.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p.698-709, 2004.

MINAYO M.C.S.; HARTZ Z.M.A.; BUSS P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**. (on line), v. 5, n.1, p. 7-18, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

MONTEIRO, A.I.; MEDEIROS, J.D.; OLIVEIRA, J.R. Estilo de vida e vulnerabilidade social dos adolescentes no Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN, 2005. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on line) jan./abr. v. 9, n. 1, 176-190, 2007 Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a14.htm>. 10 nov. 2008.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC NUPENS/USP, 1995. v. 1, p. 421-30.

NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Londrina: Midiograf, 2001.

O' CONNOR, P. J.; PUETZ, T. W. Chronic physical activity and feelings of energy and fatigue. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 37, n. 2, p. 299-305, fev. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>. 03 mai. 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. 08 fev. 2007.

PEREIRA, R.J. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr**; v. 28, n. 1, 27-38, 2006

POPKIN, B.M.; DOAK, C. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. **Nutr. Rev.**, v.56, p.106-14, 1998.

RAMOS, F.R.S. Bases para uma resignação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEN; 2001. p.304.

REPORT of Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v.20, n.7, p. 1183-97, 1997.

SAUPE, R. *et al.* Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.4, p. 636-642, 2004.

SZKLO, André Salem *et al.* Comportamento relativo à exposição e proteção solar na população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400010&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2008.

TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem Corporal e Qualidade de Vida. In: _____. **Qualidade de vida e atividade física**. Barueri: 2004. p. 82.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Psiquiatria. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol3.html>. Acesso em: 08 jan. 2008.

VIVA LEITURA. **Informação em saúde e cidadania**: Biblioteca Monique Bourget: Programa Saúde da Família Santa Marcelina. Disponível em: <http://www.vivaleitura.com.br>. Acesso em: 20 out. 2008.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, 41:1403-9, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **About global alcohol database**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_about_us.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_about&language=english>. Acesso em: 28 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building blocks for tobacco control**: a handbook. Geneva:WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes mellitus**: report of a WHO study group. Geneva: WHO, 1985. (Technical Report Series, 727).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Disponível em: <www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic**. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Consultation on Tobacco and Youth – What in the World Works? In: _____. **Final Conference Report**. Singapore: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nutrition**: controlling the global obesity epidemic. Disponível em: <<http://www.who.int/nut/obs.htm>>. Acesso em: 06 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 2000. (Technical Report Series, 894).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>>. Acesso em: 02 ago. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical activity**. Disponível em: <www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfpa.pdf>. Acesso em: 02 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002. 239p. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/download/en/>>. Acesso em: 20 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL brief**: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health day 2002: sedentary lifestyle: a global public health problem**. Disponível em: <<http://www.who.int/world-health-day/>>. Acesso em: 02 set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World on tobacco day 2004 materials**. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/em>>. Acesso em: 02 jul. 2008.