**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**Doença crônica e dor no Município de São Paulo:
prevalência e fatores associados à cefaleia e à
dor nas costas**

Mirna Namie Okamura

Tese de doutorado apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Epidemiologia da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia de doenças
e agravos à saúde

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

São Paulo

2019

Doença crônica e dor no Município de São Paulo: prevalência e fatores associados à cefaleia e à dor nas costas

Mirna Namie Okamura

Tese de doutorado apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Epidemiologia da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia de doenças
e agravos à saúde

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

Versão Revisada

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Okamura, Mirna Namie

Doença crônica e dor no Município de São Paulo:
prevalência e fatores associados à cefaleia e à dor nas
costas / Mirna Namie Okamura; orientador Chester Luiz
Galvão Cesar. -- São Paulo, 2019.

88 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2019.

1. cefaleia. 2. dor nas costas. 3. prevalência. 4.
estudo transversal. 5. inquérito populacional. I. Cesar,
Chester Luiz Galvão, orient. II. Título.

Agradecimentos

Esse trabalho não teria acontecido sem a contribuição de muitas pessoas, agradeço a todos que passaram pela minha vida, pois cada um ofereceu a sua colaboração. Gostaria de fazer agradecimentos especiais:

Ao Professor Dr. Chester Luiz Galvão Cesar, que me abriu as portas do doutorado como meu orientador agradeço pelas orientações, oportunidades, pelos seus ensinamentos, confiança e apoio em todos os momentos desse caminho e peço desculpas pelas preocupações causadas durante o processo.

Ao Professor Dr. Moisés Goldbaum, por acompanhar a jornada desde antes do mestrado, aconselhando, ajudando e ensinando por todos esses anos;

À Professora Dra. Maria Cecília Goi Porto Alves, por participar desde a qualificação, pela disponibilidade em ajudar, pelo carinho e ensinamentos;

À Professora Dra. Katia Cristina Bassichetto, por participar da pré banca e banca; com conselhos que melhoraram as conclusões do trabalho;

Ao Professor Dr. Marcos Drummod, pela disponibilidade e pelas ótimas sugestões no exame de qualificação;

À Professora Wilma Madeira, que me ajudou desde a concepção do projeto para o doutorado até me salvar na confecção final de tudo. Agradecimento estendido à família Paulo, Artur e Julia, que “perderam” momentos familiares por minha causa;

As minhas amigas da Gerência do SINASC, Eliana Bonilha, Eneida Vico e Marina de Freitas, que me acolheram, ajudaram e me protegeram em todo esse processo, obrigada por tudo e todos da CEInfo especialmente Margarida M T A Lira que me recebeu;

Ao professor Eliseu Alves Waldman, sempre orientando e me mostrando o caminho para iniciar esse doutorado;

As professoras Zilda Pereira da Silva, Dirce Maria Trevisan Zanetta, Marília Cristina Prado Louvison e ao professor Dr. Neuber José Segri que se dispuseram em participar das minhas bancas de qualificação e defesa;

A todo corpo docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde pude contar com toda a infraestrutura mais do que física, mas também de pessoas especiais;

Aos amigos de todas as disciplinas, especial carinho para o grupo de epidemiologia que fez o artigo com a profa. Regina e Laís. E para o grupo de 'sofredores' da disciplina de regressão logística da profa. Maria do Rosário; Roudon, Michele, Thuan e Sofia.

À todos os membros da equipe do ISA Capital 2015, pela competência e profissionalismo e terem criado um banco de dados tão complexo que foi a base desse trabalho; em especial para Cleiton Eduardo Fiório, Mariangela Nepomuceno e Fernanda Zanetta;

Ao Sergio Fernando Zanetta, que incentivou o início desse caminho e ajudou no caminho sempre com bom humor, amizade e na revisão final do texto;

As amigas, Nea Miwa Kashiwagi, Iara Maria da Cunha Conca, Rika M. Kobayashi, Sibelle Silva Cosme Pedro, Patrícia Carla dos Santos e irmãos Lidia Naomi Okamura e Janete Kazue Okamura, que me apoiaram e ajudaram fazendo, refazendo, formatando e aconselhando nesse processo;

A minha família, por todo apoio incondicional, pois resolveram participar e me acompanhar nessa jornada.

Enfim, são tantos amigos que seria impossível citar todos, mas agradeço por cada pessoa que contribuiu de alguma forma com este trabalho ou que esteve comigo nestes momentos importantes.

RESUMO

OKAMURA MN. Doença crônica e dor no Município de São Paulo: prevalência e fatores associados à cefaleia e à dor nas costas. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2019.

Introdução: Dores crônicas são uma das causas de sofrimento nos indivíduos. Entre elas estão cefaleia e dor nas costas. **Objetivo:** Estimar as prevalências e fatores associados à cefaleia e à dor nas costas na cidade de São Paulo. **Metodologia:** Foram utilizados dados do Inquérito de Saúde da Capital (ISA-Capital) 2015 com 4.043 entrevistados e calculadas as razões de prevalências para cada uma delas e os fatores associados quanto às características sociodemográficas, comportamentais, auto percepção de saúde e comorbidades. **Resultados:** Para **cefaleias**, a prevalência estimada em adolescentes (12 a 19 anos) foi de 34,9% (IC_{95%} 31,2-38,6) e os fatores associados: ser do sexo feminino, ter auto percepção de vida como 'não boa', apresentar insônia, dor nas costas e sinusite. Em adultos (20 a 59 anos) a prevalência estimada foi de 34,5 % (IC_{95%} 32,3-36,7) e os fatores associados: ser do sexo feminino, ter auto percepção de vida como 'não boa', apresentar dor nas costas, transtorno mental comum, insônia, sinusite e rinite. Em idosos (60 anos e mais) a prevalência estima foi de 17,5% (IC_{95%} 14,7-20,6) e os fatores associados: ser do sexo feminino, ter auto percepção de saúde como 'não boa', apresentar dor nas costas e sinusite. Para **dor nas costas**, em adolescentes a prevalência estimada foi de 19,9% (IC_{95%} 16,7-23,5) e os fatores associados: ter tontura, insônia, transtorno mental comum, cefaleia e sinusite; a prevalência estimada para adultos e idosos foi de 36,8% (IC_{95%} 34,5-39,0) e os fatores associados: ser casado, consumir álcool ou ter consumido álcool e parado, auto percepção de saúde 'não boa', ter doença na coluna, transtorno mental comum, cefaleia, tontura e insônia. **Conclusão:** Conhecer as prevalências e fatores associados à cefaleia e dor nas costas pode auxiliar no entendimento desses problemas de saúde e ajudar a pensar em estratégias para o enfrentamento influenciando em novas formas de priorizar e organizar os serviços.

Descritores: cefaleia, dor nas costas, prevalência, estudo transversal; inquérito populacional.

ABSTRACT

OKAMURA, MN. [Chronical disease and pain in São Paulo City: prevalence and factors associated with cephalalgia and back pain] [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2019. Portuguese.

Introduction: Chronical pain is one of the causes of individuals suffering; among them are cephalalgia and migraine and, within musculoskeletal diseases, back pain. **Objective:** To estimate the prevalence and associated factors: cephalalgia and back pain in São Paulo City. **Methods:** The ISA-Capital 2015 data were used with 4,043 interviewees, in addition to calculating the prevalence ratios for each of them and the associated factors regarding demographic, behavioral, self-perceived health and comorbidities characteristics. **Results:** For **cephalalgia**, the estimated prevalences were 34.9% (95%CI 31.2–38.6) in adolescents and the associated factors: being women, having the life perception as ‘not good’, back pain, insomnia, sinusitis. Prevalence of 34.5 % (95%CI 32.3–36.7) in adults (20 to 59 years) associated factors: being women, having the life perception as ‘not good’, having back pain, common mental disorder (CMD), insomnia, sinusitis, and rhinitis. Among the elderly (60 years and over) the prevalence was 17.5% (95%CI 14.7–20.6) and associated factors were: being women, having the life perception as ‘not good’, back pain, and sinusitis. For **back pain**, the estimated prevalence of 19.9% (CI95% 16.7–23.5%) in adolescents and associated factors: dizziness, insomnia, CMD, cephalalgia and sinusitis; the estimated prevalence in adults and elderly was 36.8% (95%CI 34.5–39.0) (20 years and over) with associated factors: being married, drinking or stop-drinking, quality of life as ‘not good’, having spine disease, CMD, cephalalgia, dizziness and insomnia. **Conclusion:** Knowing the prevalences and factors associated with cephalalgia and back pain can help the understanding of how health problems and thinking coping strategies may influence new ways of prioritizing and organizing services.

Keywords: cross-sectional study, population survey, prevalence, cephalalgia and back pain.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	2
1.1. DOR COMO SINTOMA E COMO DOENÇA	2
1.2. INQUÉRITOS DE SAÚDE.....	4
1.2.1. Breve histórico do Inquérito de Saúde São Paulo.....	6
1.3. CEFALÉIAS	8
1.4. DOR NAS COSTAS	11
2. OBJETIVO GERAL	14
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. METODOLOGIA	16
3.1. ISA Capital	16
3.2. SELEÇÃO DOS DADOS.....	17
3.3. SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	20
3.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	20
3.5. LIMITAÇÕES	21
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	22
4. RESULTADOS.....	24
4.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DO ISA CAPITAL 2015.....	24
4.2. CEFALÉIA.....	27
4.2.1. Prevalências estimadas de cefaleia.....	27
4.2.2. Fatores associados à cefaleia	31
4.2.3. Fatores associados à Cefaleia – RP ajustada	34
4.3. DOR NAS COSTAS	35
4.3.1. Prevalências estimadas de dor nas costas.....	35
4.3.2. Características da dor nas costas.....	39
4.3.1. Fatores associados à dor nas costas.....	42
4.3.2. Fatores associados à Dor nas Costas – RP ajustada.....	45
5. DISCUSSÃO	48
5.1. ASSOCIAÇÃO DE CEFALÉIA E DOR NAS COSTAS / DOR NAS COSTAS E CEFALÉIA	48
5.2. CEFALÉIA.....	50
5.3. DOR NAS COSTAS	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7. REFERÊNCIAS.....	61

8. ANEXOS	69
Anexo I-QUESTIONÁRIO DO ISA CAPITAL 2015	69
Anexo II- APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	70
Anexo III- CURRÍCULO LATTES	73

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e de estilo de vida segundo grupos etários. São Paulo, 2015	26
Tabela 2. Prevalência de cefaleia por grupos etários segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2015.	28
Tabela 3. Prevalência estimada de cefaleia por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.	29
Tabela 4. Prevalência estimada de cefaleia por grupos etários segundo comorbidades autorreferidas. São Paulo, 2015.	30
Tabela 5. Razão de prevalência estimada de cefaleia por grupos etários segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2015	31
Tabela 6. Razão de prevalência estimada bruta de cefaleia por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.	32
Tabela 7. Razão de prevalência bruta de cefaleia por grupos etários segundo presença de morbidades autorreferidas. São Paulo, 2015.	33
Tabela 8. Razão de prevalência ajustada de cefaleia por grupos etários segundo . São Paulo, 2015.	34
Tabela 9. Prevalência de dor nas costas por grupos etários, segundo características sociodemográficas de residentes na cidade de São Paulo. São Paulo, 2015.	37
Tabela 10. Prevalência de dor nas costas por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.	38
Tabela 11. Prevalência de dor nas costas por grupos etários segundo comorbidades autorreferidas. São Paulo, 2015.	39
Tabela 12. Proporção das características das dores nas costas por grupo etário. São Paulo, 2015.	40
Tabela 13. Proporção de atitudes para alívio da dor nas costas por grupo etário. São Paulo, 2015.	41
Tabela 14. Razão de Prevalência de dor nas costas por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.	43

Tabela 15. Razão de Prevalência estimada bruta por grupos etários de dor nas costas segundo morbididades referidas. São Paulo, 2015.	44
Tabela 16. Razão de Prevalências ajustadas de dor nas costas por grupos etários. São Paulo, 2015.	46

Lista de Gráficos

- Gráfico 1.** Prevalência estimada (%) de cefaleia por sexo e faixa etária.
São Paulo, 2015. 27
- Gráfico 2.** Prevalência estimada de dor nas costas por faixa etária. São
Paulo, 2015. 35

Lista de Quadros

Quadro 1 – Descrição das variáveis seleccionadas e suas categorias	17
Quadro 2 – Descrição das variáveis de comorbidades auto referidas e suas categorias	18
Quadro 3 – Descrição das variáveis referente às características de dor nas costas	19
Quadro 4 – Descrição das variáveis de atitudes para alivio da dor nas costas que para análise foram reagrupadas	20

Siglas utilizadas

Siglas	Descrição
AF	Atividade Física
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de São Paulo da Prefeitura Municipal de São Paulo
CID	Classificação Internacional de Doenças
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
IASP	International Association for the Study of Pain
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISA Capital	Inquérito de Saúde da cidade de São Paulo
ISA-SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
RP	Razão de Prevalência
SES	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SMS	Secretaria Municipal de São Paulo da Prefeitura Municipal de São Paulo
SRQ	Self Report Questionnaire com 20 questões
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. DOR COMO SINTOMA E COMO DOENÇA

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, sempre subjetiva¹. Como área de estudo, está ligada à história de John J. Bonica, médico anestesista do Exército dos Estados Unidos, alistado em 1944. Ao tentar diminuir a dor e o sofrimento dos soldados feridos na guerra conheceu a dor do membro fantasma², a qual consiste na sensação da presença “real do membro” mesmo este tendo sido extirpado. Essa experiência na maioria das vezes vem associada a sensação de dor que varia em intensidade e duração de caso para caso³.

As técnicas anestésicas para obstetrícia introduzidas por Bonica e utilizadas em Emma, sua esposa, no nascimento do seu segundo filho, foram motivadas após a vivência com os soldados e o nascimento do seu primeiro filho que levou a sua esposa ao risco de morte devido à anestesia de gota aberta. Emma foi uma das primeiras mulheres a ter anestesia peridural durante o parto². Em 1953, o mesmo publicou o seu primeiro livro abrangente sobre dor, *The Management of Pain*².

A partir de 1960, Bonica lecionou na Universidade de Washington e, em colaboração com outros profissionais, fundaram uma clínica de dor multidisciplinar, reunindo-se regularmente para discutir sobre pacientes que sofriam de dores crônicas, planejando estratégias eficazes de tratamento². Esse trabalho se transformou no IASP (*International Association for the Study of Pain*) que foi criado em 1978 e desde o início, teve caráter multidisciplinar, pois era composto por médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos².

Em 2012, o IASP, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), constituiu um grupo de trabalho conhecido como “*The IASP Task Force for the Classification of Chronic Pain*”, cujo objetivo foi a elaboração de uma proposta de classificação sobre dor crônica a ser incluída na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), publicada em 2019, porém, em atual fase de implantação. Atualmente, está em vigor a 10ª edição do CID, que não contempla

adequadamente as diferentes situações de dor. Já no CID 11 o grupo de estudo propôs a seguinte divisão das dores crônicas em⁴:

- Dor crônica;
 - Dor crônica primária difusa;
 - **Cefaleia primária**;
 - Dor orofacial primária;
 - Dor visceral primária;
 - Dor musculoesquelética primária;
 - Inclui **dor lombar e cervical primária**.
- Dor primária crônica;
- Dor crônica em câncer;
- Dor crônica pós cirúrgica ou pós-traumática;
- Dor crônica neuropática;
- **Dor crônica cefaleia** e crônica orofacial;
- Dor crônica visceral;
- Dor crônica musculoesquelética.

Desta maneira, as cefaleias foram contempladas 11^a edição do CID como parte da dor crônica como cefaleia primária e como dor crônica cefaleia.

As dores nas costas fazem parte do capítulo dores musculoesqueléticas primárias que incluem dor lombar e cervical primária.

Esses dois aspectos mostram a importância crescente de sintomas passarem a ser tratados como doença.

1.2. INQUÉRITOS DE SAÚDE

Uma das formas de se obter dados sobre diversos aspectos relacionados ao estado de saúde e demanda e utilização de serviços de saúde é por meio de inquéritos de saúde, que podem ser definidos como tipos de estudos descritivos ou analíticos, longitudinais ou transversais por amostras representativas de uma determinada população⁵.

Os inquéritos de saúde de base populacional permitem melhor aproximação com a realidade de saúde da população. O processo amostral com domínios definidos possibilita análises da situação de saúde dos grupos menos representados⁶.

Historicamente, os primeiros inquéritos periódicos de saúde foram desenvolvidos no final de década de 1950, nos Estados Unidos, com o objetivo de monitorar a tendência de morbidade e incapacidades e, na década de 1990, ampliaram a coleta para três módulos: criança, adulto e família⁷.

O Reino Unido também realizou, entre 1943 e 1952, inquéritos populacionais para conhecer morbidades e foi repetido, em 1971, com o objetivo de inter-relacionar a morbidade em diferentes áreas das políticas públicas e monitorar as mudanças decorrentes destas políticas. Mundialmente a partir dos anos 2000, os inquéritos foram divididos em dois tipos: contínuos e com temas específicos (*trailers*).

A OMS também realizou inquéritos multicêntricos, envolvendo vários países nos mais diferentes temas de saúde⁶.

Os primeiros indicadores de saúde válidos foram obtidos a partir de dados sobre mortalidade, que tem sido extensamente aplicados e persistem como uma das mais importantes fontes de informação sobre saúde. Entretanto, os dados de mortalidade não são suficientes para compreender o espectro total dos problemas de saúde que afetam as populações.

Doenças de baixa letalidade, ainda que muito prevalentes e com grande impacto social, não tem sua importância reconhecida no perfil de mortalidade. Neste caso, é importante que sejam obtidos indicadores de morbidade (prevalência e incidência) de doenças, lesões e de deficiências físicas para que o estado de saúde das populações possam ser melhor conhecido e equacionado⁷.

Além disso, as informações em saúde, que são essenciais para o planejamento, programação, monitoramento e gestão das intervenções em saúde coletiva e individual, necessitam ser complementadas, considerando-se o contexto das mudanças do padrão epidemiológico para o aumento de doenças crônicas, a ampliação do conceito de saúde, como a incorporação das atividades de promoção da saúde. Isso reforça a importância dos inquéritos populacionais como componentes com diferenciais para um sistema de informações em saúde com dados primários^{5,8}.

Um levantamento realizado por CAMPOS⁵ cita um amplo inquérito de saúde internacional realizado pela OMS, sob a coordenação de Kohn & White, o qual levou a importantes conclusões. Uma delas foi a confirmação de que os fatores relacionados às características individuais, comportamentais e sociais serviriam para prever a utilização de serviços de saúde mais do que apenas as morbidades referidas.

Os estudos transversais de base populacional são meios disponíveis para coletar dados sobre fatores de risco, morbidade referida, autoavaliação da saúde e comportamentos não saudáveis⁹.

Os inquéritos de saúde também servem para conhecer a auto percepção de saúde e podem ser compreendidos por diferentes instrumentos. No Inquérito de Saúde São Paulo, (ISA Capital), foi obtido por meio de uma única questão que produz uma autoclassificação global do indivíduo, considerando sinais e sintomas de doenças (diagnosticados ou não por profissionais de saúde), além do impacto dessas condições sobre o bem-estar físico, mental e social do indivíduo⁷.

Inquéritos também permitem, ainda, avaliar a desigualdade social em saúde, visto a forte evidência da influência da escolaridade, distribuição de renda e de outros indicadores sociais sobre a saúde. A utilização do conhecimento sobre os determinantes das desigualdades para formular ações políticas nem sempre é possível, porque esse uso não depende exclusivamente da dimensão técnica e, sim, da dimensão política. Alguns determinantes não são manipuláveis no campo da saúde, assim é preciso divulgar esse conhecimento para a sociedade¹⁰.

1.2.1. Breve histórico do Inquérito de Saúde São Paulo

O Inquérito de Saúde é um estudo transversal, de base populacional e o plano de amostragem é de forma complexa, por conglomerados em estágios¹¹⁻¹³.

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo (SMS – PMSP), trabalhando em conjunto com Universidades e outras Instituições Públicas, financiou a realização de três edições de pesquisas de saúde de base populacional (ISA-Capital) na cidade de São Paulo: 2003, 2008 e 2015. Esses inquéritos de saúde permitem acompanhar a evolução das condições de vida e de saúde da população e fornecer informações regulares que não podem ser obtidas a partir dos Sistema de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), como fatores de risco, condições crônicas, gastos com saúde, utilização e uso de serviços de saúde, usos de medicamentos. ISA-Capital-SP trata-se de um estudo transversal com uma amostra complexa, representativa nos domínios sexo, idade e região de saúde.

O primeiro Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP) foi realizado entre 2001/2002 e entrevistou 6.819 pessoas em duas cidades do interior do estado (Botucatu e Campinas) e em duas áreas na região metropolitana de São Paulo (a primeira constituída pelos municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapequerica da Serra e a segunda, pelos distritos de Vila Sônia, Morumbi, Rio Pequeno, Raposo Tavares, Jaguaré e Butantã)¹².

Nesta resenha de ALMEIDA¹⁴ do livro: *‘Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo-ISA/SP’* são citados todos os docentes envolvidos do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) (Chester Luiz Galvão César), do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina/USP (Moisés Goldbaum), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (Marilisa Berti de Azevedo Barros), do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp) (Luana Carandina) e da pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (Maria Cecília Goi Porto Alves).

Nesta resenha, ALMEIDA¹⁴ aponta que a obra traz importantes contribuições. Mostra que as desigualdades sociais se refletem nos problemas de saúde, porém, aponta que o SUS é um instrumento importante para a promoção da equidade de acesso aos serviços de saúde para a população mais desfavorecida, apesar de persistirem desigualdades na utilização dos serviços de saúde. De outro lado, ao detalhar vários aspectos do estilo de vida .Os resultados mostram a necessidade de se buscar estratégias mais eficazes para o incentivo de um estilo de vida saudável com a recomendação de atividades físicas, melhora no consumo alimentar e redução do consumo de álcool e tabaco ¹⁴.

Os questionários aplicados até 2015, foram realizados apenas em papel. Para a preparação do questionário ISA Capital 2015 houve envolvimento e participação de técnicos da SMS - PMSP de todas as instâncias, refletindo em mudanças em relação a 2003 e 2008, mas foram mantidas as estruturas básicas para que se pudesse comparar os anos. Também houve modificação em alguns blocos como doenças crônicas, sendo separadas as doenças confirmadas por médicos e as queixas de sintomas auto referidos, como por exemplo: cefaleia/enxaqueca, dor nas costas e alergias.

Quanto ao número de entrevistas realizadas no ISA Capital foram 3.357 entrevistas em 2003, 3.271 entrevistas em 2008 e 4.023 entrevistas em 2015. ¹²

A forma de coleta dos dados dos questionários de 2003 e 2008 foi em papel, com questionário estruturado em blocos temáticos: condições de vida, estilo de vida, estado de saúde, bem como acesso e utilização de serviços de saúde. Após a coleta, foi feita a dupla digitação dos questionários em máscara do programa Epi-data e em seguida, os dados passaram por um processo de validação e consistência para a montagem do banco de dados final, realizada pelo programa Stata¹².

Em 2015, a maioria dos questionários foi coletada por via eletrônica (*tablet*) com questionário estruturado que já utilizava a lógica sequencial das questões, sendo direcionadas automaticamente quando necessário. Os dados foram enviados para um repositório em nuvem sendo administrado pela empresa desenvolvedora. Mesmo quando alguns questionários que foram realizados em papel, todos os dados foram inseridos posteriormente no *tablet*. No último inquérito (2015), foi possível, pela primeira vez, uma amostra representativa das Coordenadorias de Saúde existentes em 2014 das regiões Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul do município de São Paulo¹⁵.

1.3. CEFALÉIAS

Para além do conhecimento do campo da Saúde, é interessante verificar como os dicionários conceituam o termo 'cefaleia'. No dicionário Houaiss, cefaleia é "dor de intensidade variável, localizada ou difusa, em qualquer parte da cabeça; cefalalgia, dor de cabeça"¹⁶. O termo tem origem no latim 'cephalaea,ae', que nos permite reconhecer o sentido de 'dor de cabeça contínua', portanto com significados relacionados à permanência e frequência da dor. O termo cefaleia abrange desde uma simples dor de cabeça até as denominadas enxaquecas, com ou sem aura visual, náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia¹⁷.

A cefaleia pode ser compreendida em sua dualidade: por vezes, reconhecida como sintoma ou outras vezes como doença.

"A doença não é mais de natureza oculta; sua essência é a própria manifestação sensível enquanto fenômeno. Ela passa a ser concebida como um conjunto de sintomas passíveis de serem apreensíveis e decifráveis pelos números, pelo olhar, fala/linguagem, a ponto de se constituir como verdade manifesta e registrada na qualidade de evolução médica (...)"¹⁸.

Quando assumimos esse significado atribuído ao termo 'doença', sentido adotado por outros tantos e diferentes autores, é possível inferir a importância que determinados sintomas assumem na determinação, classificação e nomeação de doenças.

Para o ser humano, que deve ser compreendido como um ser biopsicossocial, e em sua completude - corpo, mente e espaço social que ocupa - a cefaleia é um problema que parece 'atravessar' essa completude de 'ser'. A cefaleia é um fenômeno subjetivo de dor, por isso é de difícil diagnóstico e tratamento. Importante problema de saúde que pode levar a significativa piora de qualidade de vida, incapacidade para o trabalho, o estudo e o lazer, além das perdas financeiras, dada a diminuição de produtividade e gastos em saúde¹⁹. Portanto, seu tratamento é uma necessidade de saúde, clara e objetivamente expressada pela população.

Na formação médica, a dor sempre foi considerada um sinal ou sintoma e não como uma doença, por isso são poucos os profissionais com capacitação técnica adequada para realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento¹⁹.

Atualmente no Brasil ainda está em vigor a Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10), na qual a cefaleia está inserida no Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte - Cefaleia (R51), enquanto enxaqueca é considerada doença e está no Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso no grupo: Transtornos episódicos e paroxísticos Enxaqueca (G43).

Em 2019, foi lançada a versão CID-11 e nessa nova versão, as cefaleias foram apresentadas de forma hierarquizada, o que permitirá uma maior precisão e detalhamento do diagnóstico. O diagnóstico poderá apresentar cinco níveis. O primeiro fornecerá uma noção geral sobre o grupo que a doença pertence, divididos em: 1. Enxaqueca; 2. Cefaleia tipo tensão; 3. Cefaleias trigêmeo-autonômicas e 4. Outras cefaleias primárias. Em seguida, classifica-se o detalhe desejado de acordo com a finalidade: para a prática clínica geral, apenas o primeiro e o segundo dígito de diagnóstico geralmente se aplicam, ao passo que, na prática especializada e em centros de cefaleias, já convém um diagnóstico do terceiro ou quarto dígitos, para o quinto dígito são usados para alguns casos de múltiplas “famílias”²⁰.

Embora os distúrbios de cefaleia sejam uma das principais causas de atendimento nos serviços de saúde, sua epidemiologia é pouco documentada. Em países menos desenvolvidos, os estudos de base populacional são escassos¹⁹, o que dificulta compreender a magnitude da doença e o impacto social e financeiro na população.

Um inquérito realizado pela OMS em 101 países entre 2006 e 2009, destacou que a cefaleia, incluindo a enxaqueca e a cefaleia tensional, é um problema de saúde global, de alta prevalência e figurou entre as dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Isto é, cerca de 50% a 75% da população de adultos, entre 18 e 65 anos, relatam ter tido cefaleia no último ano, exceto a África, cuja prevalência foi de 22%. Portanto, ainda que haja variações regionais, não há dúvida de que os distúrbios de dor de cabeça são altamente prevalentes em todos os lugares, afetando pessoas de todas as idades, raça/cor, níveis de renda e áreas geográficas¹⁹.

Mundialmente, as três principais cefaleias atendidas, tanto nos serviços de atenção primária como nos consultórios de especialistas, são as enxaquecas, cefaleias tensionais ou a combinação de ambas. Apesar da enxaqueca ser a mais estudada - com maior número de estudos de base populacional dedicados ao assunto - não é o distúrbio mais comum. A cefaleia do tipo tensional é mais prevalente, com variação de 19,7% até 80% dos tipos apresentados em diferentes estudos populacionais. Já a frequência da enxaqueca, situa-se entre 6,8% e 14,9% do total de cefaleias reportadas nos estudos¹⁹.

Há um déficit de conhecimento em relação ao tema. A OMS¹⁹ estimou que esse conteúdo ocupe somente quatro horas da grade da formação médica e apenas 55% dos países relataram recomendações sobre a utilização de protocolos clínicos em seus serviços de saúde, com menor frequência em países de baixa renda.

QUEIROZ & SILVA JUNIOR²¹ estimaram, após estudo de revisão de literatura no Brasil, uma prevalência de 70,6% de cefaleia, 15,8% de enxaquecas, 29,5% de cefaleias tensionais e 6,1% de cefaleias crônicas diárias, entretanto não houve citação de nenhum estudo realizado no município de São Paulo, o que reforça a necessidade de conhecer a prevalência nessa cidade.

Em atendimento na atenção básica, a cefaleia é um dos sintomas mais frequentemente relatados, sendo a causa mais comum cefaleia tipo primária, principalmente a cefaleia tensional, seguida pelas enxaquecas. Menos de 1% dos casos, a cefaleia está associada a doenças intracranianas graves como tumores ou infecções cerebrais²².

1.4. DOR NAS COSTAS

O termo “dor nas costas” é coloquial, refere-se ao agrupamento dos termos cervicalgias, dorsalgias e lombalgias. As lombalgias, serão referidas como “dor lombar”²³. Dor nas costas, apesar de ser comumente referida pela população, há os estudos sobre o tema que, geralmente estão voltados apenas para a dor lombar.

As lombalgias (dor lombar) situam-se entre as condições musculoesqueléticas mais prevalentes. Em 2000, a OMS lançou um documento de consenso e um plano de trabalho continuado que levaram ao lançamento formal da *Bone and Joint Decade 2000 - 2010* (Década dos Ossos e das Articulações), considerando que essas condições são de alta prevalência e seu impacto é muito relevante^{24,25}.

Entre as dores musculoesqueléticas estão: artrites e outras condições reumáticas; desordens e outras condições da coluna, como dor lombar e dor cervical; deformidades da espinha, como escolioses e desvios na coluna; osteoporose, câncer de ossos e tecidos conjuntivos, como mieloma, tumor maligno primário de ossos; e traumas musculoesqueléticos.²⁵

As doenças musculoesqueléticas são a causa mais comum de dor severa a longo prazo pode levar a incapacidade física, afetando centenas de milhões de pessoas ao redor do mundo. Somado a isso, as pessoas com essas doenças têm o status psicossocial afetado, bem como o de suas famílias e cuidadores. Estima-se que a qualquer momento, uma parte desse grupo será afetada por problemas nas articulações, como inchaço ou limitação de movimento, podendo ou não estar associada à dor, e função física prejudicada^{24,26}.

Entre as doenças musculoesqueléticas a dor lombar é um dos problemas de saúde mais comuns, afetando de 80% a 85% das pessoas que referiram sentir dor nas costas pelo menos uma vez na vida, e por ela não ser fatal é vista como um problema trivial²⁷. Estudos mostram que é importante conhecer a lombalgia, pois a prevalência aumenta com o envelhecimento do indivíduo, e esses dados são úteis para melhor dimensionar como um problema de saúde^{27,28}.

HOY et al.²⁹ em revisão sistemática nos países industrializados em adultos estimaram a prevalência global 31,0% de dor lombar, sendo que 60% a 70% para dores lombares sentida alguma vez na vida, e 15% a 45% quando lombalgia no último ano³⁰. SWAIN et al.³¹, em estudo com adolescentes entre 9 a 17 anos de

idade e dados mundiais de 28 países, estimaram uma prevalência mundial de dor nas costas em 37,0%.

Em Campinas, no estado de São Paulo, IGUTI et al.²³ encontraram em adultos de 18 a 65 anos de idade a prevalência de dor nas costas de 30,6%, sendo mais elevada em mulheres do que em homens, naqueles de menor escolaridade, nos que trabalhavam mais de quarenta horas semanais, nos fumantes e ex-fumantes e nos que não faziam atividade física. Em outro estudo, no município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, a prevalência de dor nas costas foi de 63,1% em pessoas de 20 a 69 anos de idade, sendo a região lombar a mais referenciada (40,0%) e, além disso, esteve associada ao sexo feminino e a ter auto percepção de saúde 'ruim'³².

Em Uruguaiana, no estado do Rio Grande do Sul, um estudo feito em escolares adolescentes de 10 a 17 anos de idade, encontrou-se uma prevalência de 16,1% de dor nas costas. As associações encontradas foram com sexo, índice de massa corporal, força/resistência abdominal e nível de atividade física, além de apresentarem associação estatisticamente significativa com a dor lombar inespecífica³³.

JANNINI et al.³⁴ em estudo com adolescentes obesos mostraram que esse grupo tem maior prevalência de dor musculoesquelética localizada, principalmente nos membros inferiores e região lombar; sendo principalmente no sexo feminino.

Segundo MARTINS & SILVA³⁵, a gravidez é uma condição que favorece a manifestação de dores nas costas, como foi observado em um serviço de saúde em que 80% de gestantes referiram ter algias na coluna vertebral e pelve.

Estudos têm sido realizados para avaliar o impacto social e econômico da dor lombar. No Reino Unido, foi identificada como a causa mais comum de incapacidade em adultos jovens com mais de 100 milhões de dias de trabalho perdidos por ano. Nos Estados Unidos, estima-se que 149 milhões de dias de trabalho são perdidos a cada ano por causa de dor lombar com custo total estimado em US\$ 100bi a 200bi por ano³⁰.

Em levantamento realizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social no Brasil (INSS)³⁶ entre 2000 a 2011, a dorsalgia (M54) foi o código de maior ocorrência de diagnóstico do CID-10 para receber o benefício de auxílio-doença com 930.771 afastamentos, sendo 752.415 destes (7,3% de todos os afastamentos) divididos em: auxílio doença previdenciários e 178.356 auxílio-doença acidentário. O auxílio

doença previdenciário é atribuído aos segurados quando a incapacidade para o trabalho não possui relação causal à função exercida, ou seja, trata-se de incapacidade originada por qualquer situação, sem relação com o trabalho³⁶.

ARRAIS et al.³⁷ estimou a prevalência de 16,1% (IC_{95%} 15,0-17,5) de automedicação no Brasil com dados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos de 2013/2014. Os medicamentos mais utilizados na automedicação foram os analgésicos 33,4% (IC_{95%} 31,4-35,4), seguido dos relaxantes musculares 13,8% (IC_{95%} 12,5-15,3) e anti-inflamatórios e antirreumáticos 11,5% (IC_{95%} 10,4-13,2). No estudo de VILARIONO et al.³⁸ a cefaleia (28,8%) foi a principal queixa que levou a automedicação, seguidas por sintomas respiratórios e digestivos.

Entender a cefaleia e dor nas costas como problemas de saúde pública nos obriga a pensar em estratégias que permitam compreender origens, fatores associados e formas de enfrentamento que possam influenciar novas formas de priorizar e organizar a atenção à saúde no país.

2. OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência das doenças crônicas relacionadas a dor cefaleia e dor nas costas em 2015 no município de São Paulo.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência e fatores associados de cefaleia em adolescentes, adultos e idosos residentes na cidade de São Paulo.
- Estimar a prevalência e fatores associados de dor nas costas em adolescentes e adultos/idosos residentes na cidade de São Paulo.
- Descrever as características das dores nas costas.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Foram analisados os dados do Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015 (ISA-Capital 2015), estudo transversal de base populacional, com coleta de dados realizada entre setembro de 2014 a dezembro de 2015.

3.1. ISA Capital

O ISA-Capital 2015 é um estudo constituído de amostra composta por pessoas com idade de 12 anos e mais, residentes em domicílios particulares permanentes, em área urbana da cidade de São Paulo, a maior e mais complexa cidade do Brasil. Neste inquérito, foi utilizada amostragem probabilística estratificada com sorteio em dois estágios: (i) setores censitários e (ii) domicílios^{13,15}.

A prevalência obtida no inquérito pode ser estendida à população geral tendo em vista o peso amostral, refere-se à população do estudo ISA-Capital 2015, que considerou as pessoas com domicílio em área urbana, portanto 9.349.890 habitantes^{13,15}.

Para a divisão dos domínios do estudo foram constituídos por regiões e por faixas-etária de 12 a 19 anos, de 60 anos e mais e na faixa etária de 20 a 59 anos também foram obtidos extratos por sexo (masculino e feminino). Para fins de inferência estatística, cada indivíduo da amostra foi associado a um peso amostral composto por três componentes: (1) peso de delineamento, que leva em conta as frações de amostragem das duas etapas de sorteio; (2) ajuste de não respostas; e (3) pós-estratificação, que ajusta a distribuição da amostra por sexo, faixa etária e região de residência, de acordo com a distribuição da população no município dadas pela estimativas populacionais¹³.

O inquérito foi realizado apenas domicílios particulares permanentes na área urbana do município de São Paulo, excluindo-se assim população residente na zona rural, moradores de rua e pessoas institucionalizadas.

3.2. SELEÇÃO DOS DADOS

As questões foram obtidas do questionário do ISA Capital 2015 (ANEXO I).

Foram feitos trabalhos separados, em que as variáveis dependentes do estudo foram:

- ✓ Cefaleia - obtida por meio da questão “O(a) Sr.(a) costuma ter enxaqueca ou dor de cabeça?”. Para os entrevistados que responderam ‘sim’ à questão, foi solicitado que diferenciasssem entre enxaqueca e/ou dor de cabeça;
- ✓ Dor nas costas - obtida pela questão “O(a) Sr.(a) costuma ter dor nas costas?”.

Estratificação por grupos etários:

- ✓ Grupos etários para cefaleia - adolescentes (12 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 ou mais) por ser uma período que merece atenção especial;
- ✓ Grupos etários para dor nas costas-adolescentes (12 a 19 anos) e adultos/idosos (com 20 anos e mais);

As variáveis independentes selecionadas foram:

Quadro 1 – Descrição das variáveis selecionadas e suas categorias

Variáveis	Categorias
Sexo	Masculino Feminino
Faixa etária	12 a 19 20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 e mais
Raça/cor	branco, pardo, preto e outros (amarelo, índios e outros)
Situação conjugal	solteiros, casados, separados, viúvos

Escolaridade	superior completo, médio completo, fundamental II completo, fundamental I completo, fundamental I incompleto
Auto percepção de saúde foi obtida da questão “Em geral, o Sr.(a) diria que sua saúde é”. As respostas foram agrupadas em dois grupos:	‘boa’ (excelente ou boa) ‘não boa’ (regular, ruim ou péssima)
O estado nutricional que é a relação entre Índice de Massa Corporal (IMC)/idade classificados pela curvas da Organização Mundial da Saúde	Baixo Peso Normal Sobrepeso Obeso
Tabagismo foi obtida pela questão “O(a) Sr.(a) fuma atualmente ou já fumou pelo menos 100 cigarros ou 5 maços?”	Não Fuma Fuma Não fuma mais
Consumo de álcool, foi utilizada a questão “Com que frequência o(a) Sr.(a) consome (consumia) bebidas alcoólicas?”	Nunca Bebeu Bebe Não bebe mais
Atividade física (AF) foi feita classificação utilizando os escores de prática de AF em minutos por semana foram calculados a partir da soma do número de minutos de caminhadas e atividades moderadas, mais duas vezes o número de minutos de atividades vigorosas em cada um dos domínios e na AF global classificadas como	‘Não cumpre recomendação’ (<150 minutos de atividade por semana) ‘Cumpe recomendação’. (≥ 150 minutos de atividade por semana)
Uso de anticoncepcionais foi obtido no Bloco J, no qual foram selecionadas todas as respostas de uso de anticoncepcional, independente do nome do medicamento	Não utiliza Faz uso

Quadro 2 – Descrição das variáveis de comorbidades auto referidas e suas categorias

Variáveis - Comorbidades	Categorias
Hipertensão	Não Sim
Diabetes	Não Sim
Angina	Não Sim
Infarto do miocárdio	Não Sim
Arritmia cardíaca	Não Sim

Câncer	Não Sim
Artrite, reumatismo ou artrose osteoporose	Não Sim
Asma ou bronquite asmática enfisema	Não Sim
Bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva	Não Sim
Rinite sinusite crônica	Não Sim
LER (lesão por esforço repetitivo) ou DORT (Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)	Não Sim
Varizes de membros inferiores	Não Sim
Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame	Não Sim
Colesterol elevado	Não Sim
Alguma doença de coluna ou problema de coluna	Não Sim
Tontura/vertigem	Não Sim
Cefaleia	Não Sim
Dor nas costas	Não Sim
Transtorno Mental Comum (TMC), obtido pelo Bloco E referente ao SRQ20 (Self Report Questionnaire com 20 questões), apenas para 15 anos e mais	Não Sim

Apenas para ‘Dor nas Costas’, foram levantadas as características de:

Quadro 3 – Descrição das variáveis referente às características de dor nas costas

Dor nas costas	Categorias
Localização – “C3 02b. Qual a localização da dor?”	Lombar Dorsal Cervical 2 locais ou mais
Frequência - “C3 02d. Com que frequência costuma ter essa dor nas costas?”	Menos de 1 vez por mês Algumas vezes por mês Alguns dias da semana Todos os dias

Intensidade - “C3 02e. Como o(a) Sr.(a) classificaria a dor nas costas que sente.”	Fraca Média Intensa Muito intensa/insuportável
Limitação - “C3 02f. Essa dor nas costas limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?”	Não limita nada Limita um pouco Limita muito

Quadro 4 – Descrição das variáveis de atitudes para alívio da dor nas costas que para análise foram reagrupadas

Dor nas costas - Atitudes	Categorias reagrupadas
Atitudes para alívio da dor – “C3 02g. O que o(a) Sr.(a) faz atualmente para aliviar essa dor nas costas?”	Automedicação Automedicação e outros Medicação Prescrita Medicação Prescrita e outros Atividade Física (agrupados exercícios físicos e fisioterapia) Atividade Física e outros Massagem Repouso Outros (inclui acupuntura) Não faz nada

3.3. SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foram utilizados apenas os que responderam para cefaleia os adolescentes 857 (99,8%) entrevistados, 2.162 (99,9%) entre os adultos e 1.018 (99,9%) idosos.

Para dor nas costas 844 (98,3%) adolescentes e 3.174 (99,7%) adultos e idosos.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

A análise descritiva foi feita de variáveis selecionadas para apresentar as características gerais da população da cidade de São Paulo

Além das análises descritivas, foram calculadas as estimativas de prevalências por sexo e faixa etária das doenças crônicas relacionadas a dor (cefaleia e dor nas costas), bem como os respectivos intervalos de 95% de confiança. As estimativas de prevalências foram obtidas pelo teste Qui-quadrado de Pearson.

Também foram calculadas as estimativas de prevalências para cada doença (cefaleia e dor nas costas) com as variáveis selecionados de características sociodemográficas (sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal), comportamentais (estado nutricional, tabagismo, etilismo, atividade física), saúde (auto percepção de saúde, comorbidades autorreferidas, TMC) e medicação (uso de anticoncepcional).

Em seguida, para cada doença foram verificadas as associações com características sociodemográficas, comportamentais, saúde e medicação utilizando o intervalo de confiança, considerando o nível de significância de 95% e desenho amostral complexo. Foi realizada regressão simples de Poisson considerando cada doença como variável dependente e as variáveis selecionadas como variáveis independentes. As variáveis que apresentaram o nível de significância com $p < 0,20$ foram para a análise de regressão múltipla de Poisson, permanecendo no modelo final apenas as variáveis com $p < 0,05$ e ajuste quando necessário.

Para as tabulações e análises foi utilizado o módulo *survey* do programa STATA14, que permite incorporar o peso amostral associado a cada indivíduo segundo os domínios.

3.5. LIMITAÇÕES

Dentre os limites de estudo, podemos citar o viés de memória, pois, quando questionados, os entrevistados podem ter se esquecido de mencionar algum evento^{32,40}.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

O material de trabalho restringiu o uso de informações provenientes da base de dados do ISA Capital 2015, sem envolvimento direto dos sujeitos da pesquisa.

Os pesquisadores comprometeram-se que os dados destinados a esse estudo seriam utilizados apenas para fins científicos e foi garantida a privacidade e a confidencialidade, conforme os princípios éticos da Pesquisa envolvendo seres humanos⁴¹.

Todos os participantes, ou respectivos responsáveis, do ISA Capital 2015 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem sido explicados os objetivos da pesquisa e as informações que seriam solicitadas, sendo garantida a confidencialidade das informações obtidas. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - conforme Parecer: 1.420.473 de 2016.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DO ISA CAPITAL 2015

A tabela 1 apresenta as características da população participante do ISA Capital 2015. Nesse estudo, foram selecionados 99,8% dos inquiridos para a análise dos dados de cefaleia e 98,3% de dor nas costas do total de participantes do ISA Capital 2015.

Entre os adolescentes (12 a 19 anos), 50,6% são do sexo masculino, 44,7% são brancos e 39,1% pardos, 96,3% solteiros, 45,8% com Fundamental II completo, 69,2% tem peso normal, 93,9% não fumam e 77,2% referem que nunca consumiram álcool.

Entre os adultos (20 a 49 anos), 52,4% são do sexo feminino, a faixa etária prevalente situa-se entre 30 e 39 anos (29,5%), quase metade 49,6% são brancos, 60,4% são casados, seguidos por 29,6% solteiros, 41,2% estudaram até o ensino médio completo, 40,6% tem peso normal e 36,2% com sobrepeso, 67,5% não fumam e 59,4% referem nunca terem consumido álcool.

Entre os idosos (60 anos e mais), 59,7% são do sexo feminino, 57,2% tem de 60 a 69 anos, 63,4% são brancos, 52,5% são casados, 38,8% estudaram até o ensino fundamental I completo, 45,6% tem peso normal, 63,4% não fumam e 68,3% nunca consumiram álcool.

Quando observamos os grupos etários segundo determinadas características, observamos que, quanto ao sexo, observou-se uma maior diferença entre os idosos com 59,7% de mulheres e 40,3% de homens. Já em relação à raça/cor, a prevalência de brancos e pardos foi maior em todos os grupos.

Quanto à escolaridade, 45,0% dos adolescentes possuíam o ensino fundamental II completo (antiga 8ª série). No grupo dos adultos, observou-se que a maior parte apresentou níveis mais altos de escolaridade, em que 45,8% com ensino médio completo e 19,9% superior completo quando comparados aos idosos, em que apenas 32,9% possuíam ensino médio ou superior.

Em relação ao estado nutricional o normal foi mais frequente em todos os grupos. Porém, observa-se que o sobrepeso em adultos está muito próximo à proporção de pessoas com peso normal (36,2% e 40,6%). Quanto aos idosos,

apesar de 45,6% apresentarem peso saudável, observa-se uma concentração nos dois extremos, isto é, 20,0% com baixo peso e 21,2% com obesidade e que podem indicar deficiências nutricionais e vulnerabilidade a infecções ou agravamento de doenças crônicas.

O uso de tabaco foi referido por 4,3% dos adolescentes, 19,3% adultos e 12,3% idosos. Em relação ao consumo de álcool, 8,8% dos jovens afirmaram que bebem com frequência. Nos adultos a proporção foi de 16,3% e nos idosos de 18,5%.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e de estilo de vida segundo grupos etários. São Paulo, 2015

Variáveis	Adolescentes (n=859)		Adultos (n= 2.165)		Idosos (n=1.019)	
	%	n*	%	n	%	n
Sexo						
Masculino	50,6	427	47,6	953	40,3	387
Feminino	49,4	432	52,4	1.212	59,7	632
Faixa etária (anos)						
12 a 19	100	859	-	-	-	-
20 a 29	-	-	27,1	558	-	-
30 a 39	-	-	29,5	617	-	-
40 a 49	-	-	23,9	521	-	-
50 a 59	-	-	19,5	469	-	-
60 a 69	-	-	-	-	57,2	573
70 e mais	-	-	-	-	42,8	446
Raça/cor						
Branca	44,7	361	49,6	1.020	63,4	610
Parda	39,1	348	34,4	776	21,5	239
Preta	11,5	102	10,8	242	7,3	80
Outros	4,7	44	5,2	114	7,7	83
Situação conjugal						
Solteiro	96,3	821	29,6	612	9,9	100
Casado	3,4	32	60,4	1.306	52,5	516
Separado	0,4	3	8,4	201	9,7	106
Viúvo	-	-	1,5	40	27,9	294
Escolaridade						
Fund I incompleto	-	-	4,2	98	19,2	229
Fund I completo	33,1	288	19,5	482	38,8	412
Fund II completo	45,8	378	15,2	346	9,2	88
Médio completo	21,1	180	41,2	887	17,4	165
Superior completo	-	-	19,9	341	15,5	120
Estado nutricional						
Baixo Peso	1,9	18	2,7	53	20,0	205
Normal	69,2	565	40,6	857	45,6	438
Sobrepeso	19,5	162	36,2	775	13,2	131
Obeso	9,4	77	20,5	441	21,2	217
Tabagismo						
Não Fuma	93,9	807	67,5	1.447	63,4	644
Fuma	4,3	34	19,3	413	12,3	124
Não fuma mais	1,8	17	13,2	304	24,3	249
Consumo de álcool						
Nunca bebeu	77,2	322	59,4	860	68,3	436
Bebe	8,8	38	16,3	260	18,5	121
Não bebe mais	14,1	57	24,3	314	13,2	77

Nota:

% valores proporcionais de amostra ajustada para a população

n*-valores absolutos

4.2. CEFALEIA

4.2.1. Prevalências estimadas de cefaleia

A prevalência estimada de cefaleia em adolescentes (12 a 19 anos) é de 34,9% (IC_{95%} 31,2-38,6), em adultos (20 a 59 anos) é de 34,5 % (IC_{95%} 32,3-36,7) e em idosos (60 anos e mais) é de 17,5% (IC_{95%} 14,7-20,6).

No gráfico 1 são apresentadas as prevalências, segundo sexo e faixa etária, e observa-se que a doença é mais prevalente entre as mulheres, sendo maior no grupo de 30 a 39 anos (53,0% IC_{95%} 47,0-59,0). A partir dos 50 anos inicia a sobreposição dos intervalos de confiança (IC_{95%}) das prevalência entre os sexos, exceto entre 60 a 69 anos, onde foi menor nos homens (10,5% IC_{95%} 7,2-15,0).

Gráfico 1. Prevalência estimada (%) de cefaleia por sexo e faixa etária. São Paulo, 2015.

Na tabela 2, entre os adolescentes, observou-se a prevalência estimada de cefaleia mais elevada em mulheres 43,1% (IC_{95%} 37,6-48,8) em relação aos homens 26,8% (IC_{95%} 22,7-31,3), com diferença estatisticamente significativa. Não houve diferença entre os grupos de raça/cor, escolaridade e situação conjugal.

A prevalência estimada de cefaleia em adultos (20 a 59 anos) é maior no sexo feminino 43,9% (IC_{95%} 40,9-47,0) e em relação ao masculino 24,1% (IC_{95%} 21,5-26,9), com diferença estatisticamente significativa. Não houve diferença entre os grupos de raça/cor, escolaridade e situação conjugal.

Nos idosos (60 anos e mais) a prevalência estimada de cefaleia no sexo feminino é de 21,9% (IC_{95%} 16,5-28,5) enquanto no masculino 11,6% (IC_{95%} 8,6-15,4), com diferença estatisticamente significativa. Em relação à escolaridade, a prevalência foi maior entre as pessoas com ensino fundamental incompleto 21,9% (IC_{95%} 16,5-28,5), sendo menores entre aqueles com ensino superior 8,5% (IC_{95%} 4,8-14,5), com diferença estatisticamente significativa. Não houve diferença entre os grupos de raça/cor e situação conjugal.

Tabela 2. Prevalência de cefaleia por grupos etários segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2015.

Características sociodemográficas	Adolescentes (N=857)		Adultos (N= 2.162)		Idosos (N= 1.018)	
	% (IC _{95%})	n	% (IC _{95%})	n	% (IC _{95%})	n
Sexo						
Masculino	26,8 (22,7-31,3)	118	24,1 (21,5-26,9)	231	11,6 (8,6-15,4)	48
Feminino	43,1 (37,6-48,8)	180	43,9 (40,9-47,0)	533	21,4 (17,6-25,8)	141
Raça/cor						
Branca	35,3 (30,1-40,8)	127	33,2 (30,0-36,5)	351	16,8 (13,2-21,3)	104
Preta	41,0 (30,0-53,0)	40	33,8 (27,5-40,8)	81	12,7 (6,3-23,8)	11
Parda	34,2 (29,1-39,7)	120	36,6 (33,0-40,5)	285	20,3 (15,2-26,7)	54
Outra	21,9 (12,0-36,5)	10	36,1 (27,8-45,3)	43	20,0 (12,9-29,7)	19
Escolaridade						
Fund. 1 incompleto	-		46,2 (35,6-57,1)	43	21,9 (16,5-28,5)	52
Fund. 1 completo	33,3 (28,1-38,9)	288	34,5 (30,3-39,1)	171	20,3 (16,4-24,8)	87
Fund. 2 completo	36,2 (30,8-41,9)	378	34,7 (29,2-40,6)	121	12,4 (7,2-20,4)	11
Médio completo	33,0 (26,0-40,9)	180	34,7 (31,5-38,1)	311	17,4 (11,1-26,2)	26
Superior completo	-		31,9 (27,3-37,0)	116	8,5 (4,8-14,5)	13
Situação conjugal						
Solteiro	33,8 (30,2-37,5)	275	32,3 (28,3-36,6)	197	15,3 (9,3-24,2)	19
Casado	-	-	36,1 (33,3-39,0)	484	18,4 (14,7-22,7)	95
Separado	-	-	30,5 (24,2-37,7)	65	17,4 (10,8-26,7)	21
Viúvo	-	-	38,5 (23,9-55,5)	16	16,7 (12,5-21,9)	54

% valores proporcionais de amostra ajustada para a população

n-valores absolutos

Na tabela 3 são apresentadas as prevalências de cefaleia com variáveis de estado nutricional, estilo de vida (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), saúde e uso de medicamento.

Apenas auto percepção de saúde como 'não boa' apresentaram diferença nos três grupos – adolescentes, adultos e idosos. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatísticas.

Tabela 3. Prevalência estimada de cefaleia por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.

Variáveis	Adolescentes (N=857)		Adultos (N= 2.162)		Idosos (N= 1.018)	
	% (IC _{95%})	n	% (IC _{95%})	n	% (IC _{95%})	n
Estado Nutricional						
Baixo peso	-	-	41,8 (29,5-55,1)	23	20,4 (14,4-28,1)	41
Normal	31,9 (28,0-35,9)	183	37,4 (34,0-40,9)	320	17,1 (13,6-21,3)	80
Sobrepeso	37,7 (30,1-46,0)	59	32,0 (28,7-35,6)	261	16,4 (10,9-23,8)	24
Obeso	43,2 (31,4-55,8)	33	33,0 (28,9-37,3)	152	14,3 (9,7-20,7)	35
Consumo de álcool						
Nunca bebeu	38,7 (32,9-44,8)	128	35,5 (31,8-39,3)	307	18,5 (14,8-22,9)	89
Bebe atualmente	46,8 (33,4-60,6)	17	41,5 (35,0-48,2)	103	23,3 (15,7-33,0)	32
Parou de beber	42,2 (29,7-55,7)	21	33,6 (28,7-38,9)	117	11,4 (6,2-20,1)	12
Tabagismo						
Não fuma	34,5 (30,7-38,4)	278	33,3 (30,5-36,2)	494	16,4 (13,2-20,2)	109
Fuma	41,4 (25,2-59,7)	14	36,5 (32,3-41,0)	151	21,4 (14,3-30,8)	26
Ex-fumante	37,4 (18,5-61,0)	5	37,8 (31,9-44,1)	119	18,0 (13,7-23,2)	53
Atividade Física						
Não cumpre recomendação	31,3 (25,6-37,0)	121	29,3 (24,3-35,2)	91	15,5 (11,5-20,7)	52
Cumpre recomendação	38,1 (33,8-42,6)	177	35,3 (32,9-37,7)	662	18,3 (15,2-21,8)	136
Auto percepção de saúde						
'boa'	30,2 (26,7-33,9)	218	28,6 (26,2-31,1)	455	13,0 (10,3-16,2)	80
'não boa'	58,4 (50,1-66,1)	80	51,7 (46,7-56,7)	309	25,0 (20,5-30,3)	109
Uso de anticoncepcional						
Não utiliza	-	-	43,0 (39,8-46,2)	470	-	-
Faz uso	-	-	53,7 (43,9-63,2)	63	-	-

Nota: IC = intervalo de confiança

A tabela 4 apresenta a prevalência estimada de cefaleia com as comorbidades autorreferidas. As prevalências estimada de cefaleia associada a doenças autorreferidas acima de 50% entre adolescentes e adultos.

Entre os adolescentes a prevalência estimada de cefaleia e TMC foi de 67,5% (IC_{95%} 57,7-76,0), insônia 57,9% (IC_{95%} 47,2-67,9), dor nas costas 54,2% (IC_{95%} 45,9-62,3) e sinusite 56,4% (IC_{95%} 47,0-65,3).

Já os adultos, a presença de cefaleia e TMC foi de 62,7% (IC_{95%} 56,7-68,3); sinusite 55,1% (IC_{95%} 48,6-61,4); insônia 55,0% (IC_{95%} 49,4-60,4); tendinite 52,5% (IC_{95%} 45,5-59,4); asma 51,7% (IC_{95%} 42,7-60,7); ansiedade 51,6% (IC_{95%} 45,3-57,9); varizes 50,8% (IC_{95%} 43,3-58,3), reumatismo 51,7% (IC_{95%} 40,4-62,7) e arritmia 50,1% (37,6-62,6).

Nos idosos as maiores prevalências estimadas de cefaleia e doença nas veias 37,3% (IC_{95%} 24,2-52,6); angina 33,1 (18,3-52,2) e sinusite 31,8% (IC_{95%} 22,9-42,3).

Tabela 4. Prevalência estimada de cefaleia por grupos etários segundo comorbidades autorreferidas. São Paulo, 2015.

Doenças autorreferidas	Adolescentes (N=857)		Adultos (N= 2.162)		Idosos (N= 1.018)	
	%* (IC95%)	n	%* (IC95%)	n	%* (IC95%)	n
TMC	67,5 (57,7-76,0)	51	62,7 (56,7-68,3)	246	17,4 (14,7-20,6)	72
Insônia	57,9 (47,2-67,9)	50	55,0 (49,4-60,4)	244	28,2 (21,3-36,2)	76
Dor nas costas	54,2 (45,9-62,3)	93	49,2 (45,8-52,7)	403	24,5 (20,0-29,7)	111
Sinusite	56,4 (47,0-65,3)	73	55,1 (48,6-61,4)	181	31,8 (22,9-42,3)	30
Rinite	45,1 (37,8-52,7)	93	48,0 (42,9-53,1)	199	27,6 (19,8-37,2)	30
Ansiedade	49,3 (38,5-60,1)	39	51,6 (45,3-57,9)	180	27,9 (21,9-34,9)	53
Asma	40,0 (28,2-53,2)	32	51,7 (42,7-60,7)	64	20,0 (10,4-34,9)	11
Varizes	-		50,8 (43,3-58,3)	91	25,0 (19,1-31,9)	55
Tendinite	-		52,5 (45,5-59,4)	109	30,7 (20,3-43,4)	25
Reumatismo	-		51,7 (40,4-62,7)	59	19,7 (14,5-26,4)	54
Doença coluna	-		44,6 (36,8-52,7)	108	24,4 (19,3-30,4)	68
Arritmia	-		50,1 (37,6-62,6)	41	24,5 (16,3-35,1)	28
Hipertensão	-		38,2 (32,6-44,1)	150	18,2 (15,0-22,0)	107
Colesterol elevado	-		36,2 (30,5-42,3)	85	17,8 (13,8-22,6)	65
Doença veias	-		-		37,3 (24,2-52,6)	19
Angina	-		-		33,1 (18,3-52,2)	13
Osteoporose	-		-		21,1 (15,5-28,2)	39
Infarto	-		-		21,5 (12,8-33,9)	14
Doença Coração	-		-		19,5 (10,4-33,6)	12
Câncer	-		-		18,6 (11,0-29,9)	13

Nota: IC = intervalo de confiança

*TMC em adolescentes apenas com quinze anos e mais.

4.2.2. Fatores associados à cefaleia

Quando avaliadas as associações entre a prevalência estimada de cefaleia e as variáveis de interesse, conforme demonstra a tabela 5 apresenta a razão de prevalência da análise bruta por regressão de Poisson, com as razões de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Observou-se em todos os grupos etários que o sexo feminino apresentou maior razão de prevalência de cefaleia que o masculino. As razões de prevalência de uma mulher ter cefaleia em relação a um homem foram de 60% entre adolescentes, 80% nos adultos e 90% nos idosos.

Tabela 5. Razão de prevalência estimada de cefaleia por grupos etários segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2015.

Características sociodemográficas	Adolescentes (N=857)	Valor de p	Adultos (N= 2.162)	Valor de p	Idosos (N= 1.018)	Valor de p
	RP (IC95%)		RP (IC95%)		RP (IC95%)	
Sexo		<0,0001		<0,0001		0,0002
Masculino	1		1		1	
Feminino	1,6 (1,3-2,0)		1,8 (1,6-2,1)		1,9 (1,3-2,6)	
Raça/cor		0,2742		0,5229		0,5489
Branca	1		1		1	
Preta	1,2 (0,8-1,6)		1,0 (0,8-1,3)		0,8 (0,4-1,5)	
Parda	1,0 (0,8-1,2)		1,1 (1,0-1,3)		1,2 (0,8-1,7)	
Outra	0,6 (0,3-1,1)		1,1 (0,8-1,4)		1,2 (0,7-2,0)	
Escolaridade		<0,0001		0,1392		0,0050
Fund. 1 incompleto	-		1		1	
Fund. 1 completo	1		0,8 (0,6-1,0)		0,9 (0,7-1,3)	
Fund. 2 completo	1,1 (0,9-1,3)		0,8 (0,6-1,0)		0,6 (0,3-1,0)	
Médio completo	1,0 (0,8-1,3)		0,8 (0,6-1,0)		0,8 (0,5-1,3)	
Superior completo	-		0,7 (0,5-0,9)		0,3 (0,2-0,7)	
Situação conjugal				0,2747		0,8204
Solteiro	1		1		1	
Casado	-		1,1 (1,0-1,3)		1,2 (0,8-1,9)	
Separado	-		0,9 (0,7-1,2)		1,1 (0,6-2,1)	
Viúvo	-		1,2 (0,8-1,9)		1,1 (0,6-1,9)	

Nota: IC = intervalo de confiança

Fund. = Fundamental

Na tabela 6, para as mulheres adultas que fizeram uso de anticoncepcional tiveram 30% mais cefaleia dos que as mulheres adultas que não fizeram uso, com diferença estatisticamente significativa. Em todos os grupos os que referiram auto percepção de saúde como 'não boa' tiveram prevalência de cefaleia maior do que os referiram auto percepção de saúde como 'boa' 90% entre adolescentes, 80% entre adultos e 90% entre idosos.

Tabela 6. Razão de prevalência estimada bruta de cefaleia por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.

Variáveis	Adolescentes (N=857)		Adultos (N= 2.162)		Idosos (N= 1.018)	
	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Estado nutricional		0,0762		0,0743		0,5105
Baixo peso	1		1		1	
Normal	0,7 (0,4-1,2)		0,9 (0,6-1,2)		0,8 (0,6-1,2)	
Sobre peso	0,8 (0,5-1,6)		0,8 (0,6-1,1)		0,8 (0,5-1,3)	
Obeso	1,0 (0,5-1,7)		0,8 (0,6-1,1)		0,7 (0,4-1,1)	
Consumo de álcool		0,5365		0,1572		0,1103
Nunca bebeu	1		1		1	
Bebe atualmente	1,2 (0,9-1,7)		1,2 (1,0-1,4)		1,3 (0,8- 2,0)	
Parou de beber	1,1 (0,8-1,6)		0,9 (0,8-1,1)		0,6 (0,3-1,2)	
Tabagismo		0,7141		0,2769		0,2769
Não fuma	1		1		1	
Fuma	1,2 (0,8-1,9)		1,1 (0,9-1,3)		1,3 (0,9-1,9)	
Ex-fumante	1,1 (0,6-2,0)		1,1 (0,9-1,4)		1,1 (0,8-1,6)	
Atividade Física		0,0591		0,0779		0,2789
Não cumpre recomendação	1		1		1	
Cumpre recomendação	1,2 (1,0-1,5)		1,2 (1,0-1,5)		1,2 (0,9-1,6)	
Uso de anticoncepcional (só mulheres)		0,6999		0,0229		
Não utiliza	1		1		-	
Faz uso	1,1 (0,6-2,0)		1,3 (1,0-1,5)			
Auto percepção de saúde		<0,0001		<0,0001		<0,0001
'Boa'	1		1		1	
'Não boa'	1,9 (1,6-2,3)		1,8 (1,6-2,1)		1,9 (1,5-2,5)	

Nota: IC = intervalo de confiança

Recomendação $\geq$ 150 minutos de atividade física semanal

A tabela 7 apresenta associação por razão de prevalência estimada de cefaleia na presença de doenças autorreferidas em relação as quem não referiu.

Entre os adolescentes a razão de prevalência estimada de cefaleia esteve aumentada para os que referiram ter dor nas costas (80%), sinusite (80%), insônia (80%), rinite (40%) e ansiedade (50%) em relação a quem não autoreferiu essas comorbidades.

Entre os adultos a razão de prevalência estimada de cefaleia esteve aumentada para os que referiram ter TMC (120%); tendinite (60%), dor nas costas(50%), rinite(50%), varizes, (50%) reumatismo(50%) e arritmia (50%) em relação a quem não referiu essas doenças.

Entre os idosos a razão de prevalência estimada de cefaleia esteve aumentada para os que referiram ter TMC (170%), e em 100% para dor nas costas, sinusite, insônia e angina.

Tabela 7. Razão de prevalência bruta de cefaleia por grupos etários segundo presença de morbidades autorreferidas. São Paulo, 2015.

Doenças autorreferidas	Adolescentes		Adultos		Idosos	
	(N=857)		(N= 2.162)		(N= 1.018)	
	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Dor nas costas	1,8 (1,5-2,2)	<0,001	1,5 (1,2-1,9)	<0,001	2,0 (1,5-2,7)	<0,001
Sinusite	1,8 (1,5-2,2)	<0,001	1,3 (1,1-1,6)	0,003	2,0 (1,4-2,9)	<0,001
Insônia	1,8 (1,5-2,2)	<0,001	1,1 (0,9-1,3)	0,533	2,0 (1,5-2,8)	<0,001
Rinite	1,4 (1,2-1,7)	0,001	1,5 (1,1-1,9)	0,004	1,7 (1,2-2,4)	<0,001
Ansiedade	1,5 (1,2-1,9)	0,001	1,1 (1,0-1,3)	0,149	1,8 (1,4-2,5)	<0,001
Asma	1,2 (0,8-1,6)	0,349	1,1 (0,9-1,3)	0,533	1,2 (0,6-2,1)	0,645
TMC	-	-	2,2 (1,9-2,5)	<0,001	2,7 (2,1-3,6)	<0,001
Varizes	-	-	1,5 (1,3-1,8)	<0,001	1,6 (1,2-2,1)	0,001
Tendinite	-	-	1,6 (1,4-1,9)	<0,001	1,9 (1,3-2,8)	0,001
Reumatismo	-	-	1,5 (1,2-1,9)	<0,001	1,2 (0,9-1,7)	0,281
Doença coluna	-	-	1,3 (1,1-1,6)	0,003	1,6 (1,3-2,1)	<0,001
Arritmia	-	-	1,5 (1,1-1,9)	0,004	1,5(1,0-2,2)	0,055
Hipertensão	-	-	1,1 (1,0-1,3)	0,149	1,1(0,8-1,5)	0,529
Colesterol elevado	-	-	1,1 (0,9-1,3)	0,533	1,0 (0,8-1,4)	0,929
Angina	-	-	-	-	2,0 (1,1-3,6)	0,027
Osteoporose	-	-	-	-	1,3 (0,9-1,8)	1,330
Infarto	-	-	-	-	1,3 (0,8-2,1)	0,382
Doença Coração	-	-	-	-	1,1 (0,6-2,0)	0,660
Câncer	-	-	-	-	1,1 (0,7-1,7)	0,774

Obs.: -sem informação ou dados insuficientes para análise.

Nota: IC = intervalo de confiança

4.2.3. Fatores associados à Cefaleia – RP ajustada

Tabela 8 apresenta as associações de cefaleia por grupos etários por razão de prevalência ajustada. Observou-se que ser do sexo feminino, auto percepção de saúde 'não boa', referir dor nas costas e ter sinusite apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa para os 3 grupos etários. Apenas para os adultos foram também observadas associações com rinite, TMC e insônia (Tabela 8).

Tabela 8. Razão de prevalência ajustada de cefaleia por grupos etários segundo . São Paulo, 2015.

Variáveis	Adolescentes		Adultos		Idosos	
	RP (IC _{95%})	p	RP (IC _{95%})	p	RP (IC _{95%})	p
Sexo						
Masculino	1		1		1	
Feminino	1,4 (1,2-1,7)	<0,001	1,5 (1,3-1,7)	<0,001	1,6 (1,1-1,2)	0,008
Auto percepção saúde						
'boa'	1		1		1	
'não boa'	1,6 (1,3-1,9)	<0,001	1,3 (1,1-1,4)	0,002	1,6 (1,3-2,1)	<0,001
Dor nas Costas						
Não	1		1		1	
Sim	1,5 (1,2-1,8)	0,001	1,4 (1,3-1,6)	<0,001	1,6 (1,2-2,1)	0,005
Sinusite						
Não	1		1		1	
Sim	1,5 (1,3-1,9)	<0,001	1,3 (1,2-1,5)	0,001	1,7 (1,2-2,5)	0,005
Dor nas Costas						
Não	1		1		1	
Sim	1,5 (1,2-1,8)	0,001	1,4 (1,3-1,6)	<0,001	1,6 (1,2-2,1)	0,005
TMC						
Não			1			
Sim			1,4 (1,2-1,6)	<0,001		
Insônia						
Não			1			
Sim			1,3 (1,1-1,5)	0,002		
Rinite						
Não			1			
Sim			1,1 (1,0-1,3)	0,040		

Nota: IC = intervalo de confiança

4.3. DOR NAS COSTAS

4.3.1. Prevalências estimadas de dor nas costas

A prevalência estimada de dor nas costas em adolescentes é de 19,9% (IC_{95%} 16,7-23,5) e para adultos/idosos (20 anos e mais) é de 36,8% (IC_{95%} 34,5-39,0), com diferença estatística significativa.

O gráfico 2 apresenta as prevalências estimada por faixa etária e sexo para dor nas costas. Homens e mulheres apresentam uma prevalência estimada com intervalo de confiança sobrepostos partir de 40 anos, já entre as mulheres abaixo de 40 anos referiram ter mais dor nas costas. Há uma tendência de aumento de dor nas costas com o envelhecimento.

Gráfico 2. Prevalência estimada de dor nas costas por faixa etária. São Paulo, 2015.

A tabela 9 apresenta a prevalência estimada de dor nas costas com as características sociodemográficas por grupos etários, adolescentes (12 a 19 anos) e adultos/idosos (com 20 anos e mais).

Entre os adolescentes a prevalência de dor nas costas para o sexo feminino é maior 25,3% (IC_{95%} 21,0-30,1) do que no sexo masculino 14,6% (IC_{95%} 10,8-19,3). Não houve diferença estatística nas prevalências considerando raça/cor e escolaridade. Nos adolescentes solteiros a prevalência foi de 18,8% (IC_{95%} 15,6-22,5).

Entre os adultos, as prevalências estimadas de dor nas costas para os homens foi de 30,1% (IC_{95%} 27,5-32,9), e para as mulheres foi de 42,5% (IC_{95%} 39,2-45,8). Quanto à faixa etária, observou-se um aumento gradual de 30,5% na faixa etária de 20 a 29 anos, para 44,7% (IC_{95%} 39,6-49,9) em pessoas com 70 anos e mais. Não houve diferença estatística nas prevalências segundo raça/cor. Dentre as pessoas com ensino fundamental 1 completo (antiga 4ª série primária) escolaridade 46,2% (IC_{95%} 42,2-50,2) referiram dor nas costas. Observando a situação conjugal, os solteiros apresentaram a menor prevalência 29,9% (IC_{95%} 26,2-33,8), diferente estatisticamente das pessoas em outras situações conjugais, que apresentaram em torno dos 40%.

Tabela 9. Prevalência de dor nas costas por grupos etários, segundo características sociodemográficas de residentes na cidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

Características sociodemográfica	Adolescentes (N=857)		Adultos e idosos (N= 2.162)	
	% (IC _{95%})	n	% (IC _{95%})	n
Sexo				
Masculino	14,6 (10,8-19,3)	69	30,1 (27,5-32,9)	419
Feminino	25,3 (21,0-30,1)	113	42,5 (39,2-45,8)	808
Faixa etária				
12 a 19 anos	19,9 (16,7-23,5)	182		
20 a 29 anos			30,5 (26,0-35,5)	182
30 a 39 anos			32,6 (28,6-36,9)	202
40 a 49 anos			40,2 (36,0-44,6)	210
50 a 59 anos			41,8 (36,3-47,5)	205
60 a 69 anos			39,3 (34,4-44,6)	231
70 e mais			44,7 (39,6-49,9)	197
Cor				
Branca	16,2 (12,2-21,1)	63	36,2 (33,2-39,3)	624
Preta	25,8 (17,6-36,1)	25	36,9 (31,3-43,0)	121
Parda	22,1 (17,7-27,2)	82	37,2 (33,7-40,8)	394
Outras	20,1 (10,2-35,7)	10	37,8 (30,1-46,2)	79
Escolaridade				
Fund 1 incompl	-		37,9 (28,2-48,7)	42
Fund 1 completo	17,5 (12,8-23,3)	53	46,2 (42,2-50,2)	340
Fund 2 completo	20,5 (16,1-25,6)	84	40,4 (35,8-45,2)	227
Médio completo	21,5 (15,2-29,4)	42	33,6 (30,5-36,9)	456
Superior completo*	-		32,8 (28,5-37,4)	157
Situação conjugal				
Solteiro	18,8 (15,6-22,5)	164	29,9 (26,2-33,8)	226
Casado	-	-	38,7 (36,1-41,4)	733
Separado	-	-	40,8 (34,2-47,6)	129
Viúvo	-	-	40,2 (34,0-46,8)	134

IC_{95%} = Intervalo de confiança de 95%

Na Tabela 10 entre os adolescentes apenas a prevalência estimada de dor nas costas e auto percepção de saúde 'não boa' 36,2% (IC_{95%} 28,9-44,1) apresentaram diferença estatística significativa.

Entre os adultos/idosos a prevalência estimada de dor nas costas referida entre os que bebem atualmente foi de 46,1% (IC_{95%} 40,8-51,6) e 40,0% (IC_{95%} 35,2-

45,0) dentre os que pararam de beber. A prevalência estimada de dor nas costas e auto percepção de saúde como 'Não boa' foi de 54,3% (IC_{95%} 50,4-58,2).

Tabela 10. Prevalência de dor nas costas por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.

Variáveis	Prevalência Adolescentes		Prevalência Adultos e idosos	
	%* (IC _{95%})	n	%* (IC _{95%})	n
Estado nutricional				
Abaixo do peso	-	-	38,8 (31,5-46,6)	100
Normal	18,3 (14,7-22,5)	114	35,5 (32,1-39,0)	480
Sobrepeso	20,9 (14,9-28,5)	37	36,5 (32,7-40,4)	341
Obeso	29,2 (18,5-42,8)	20	38,7 (34,6-43,0)	274
Consumo de álcool				
Nunca bebeu	24,1 (19,0-30,0)	84	34,9 (31,5-38,5)	482
Bebe atualmente	31,9 (19,3-47,8)	11	46,1 (40,8-51,6)	179
Parou de beber	26,2 (15,6-40,4)	16	40,0 (35,2-45,0)	163
Tabagismo				
Nunca fumou	19,8 (16,6-23,3)	168	34,1 (31,7-36,6)	745
Fuma atualmente	19,9 (9,5-37,0)	9	38,7 (34,1-43,5)	214
Parou de fumar	27,7 (10,8-23,6)	5	45,8 (40,7-51,0)	267
Recomendação de Atividade Física OMS				
Não cumpre	15,2 (11,5-19,8)	64	34,8 (30,8-38,9)	231
Cumpr	23,7 (19,5-28,6)	118	37,1 (34,6-39,6)	983
Auto percepção de saúde				
'Boa	16,6 (13,5-20,4)	126	30,0 (27,7-32,4)	673
'Não boa'	36,2 (28,9-44,1)	56	54,3 (50,4-58,2)	552

Nota:

IC = Intervalo de confiança

A tabela 11 apresenta as prevalências estimada de dor nas costas com as comorbidades autorreferidas.

Dentre as comorbidades relatadas pelos adolescentes destacam-se a prevalência de dor nas costas com: tontura com de 49,7% (IC_{95%} 39,8-59,7), insônia com 46,8% (IC_{95%} 37,5-56,2) e cefaleia com 30,9% (IC_{95%} 25,5-36,9).

Em adultos/idosos destacam-se a prevalência de dor nas costas com: doença coluna 82,7% (IC_{95%} 77,7-86,8), tendinite 68,0% (IC_{95%} 61,9-73,5), TMC 64,1% (IC_{95%} 59,2-68,7), tontura 61,3% (IC_{95%} 55,6-66,8), reumatismo 59,1% (IC_{95%} 51,9-65,9), insônia 56,5% (IC_{95%} 52,3-60,6), ansiedade 55,1% (IC_{95%} 50,3-59,8), osteoporose 59,2 (51,2-66,7).

Tabela 11. Prevalência de dor nas costas por grupos etários segundo comorbidades autorreferidas. São Paulo, 2015.

Doenças autorreferidas	Adolescentes		Adultos e idosos	
	%* (IC95%)	n	%* (IC95%)	n
Tontura	49,7 (39,8-59,7)	52	61,3 (55,6-66,8)	324
Insônia	46,8 (37,5-56,2)	41	56,5 (52,3-60,6)	409
Sinusite	33,4 (25,8-42,0)	46	50,3 (44,3-56,3)	217
Ansiedade	31,8 (23,3-41,8)	26	55,1 (50,3-59,8)	302
Cefaleia	30,9 (25,5-36,9)	93	51,6 (47,9-55,3)	514
Asma	26,3 (17,7-37,2)	22	45,1 (37,2-53,3)	79
Rinite	23,9 (18,5-30,3)	53	47,8 (42,3-53,4)	253
Doença coluna	-	-	82,7 (77,7-86,8)	417
Tendinite	-	-	68,0 (61,9-73,5)	200
TMC	-	-	64,1 (59,2-68,7)	368
Reumatismo	-	-	59,1 (51,9-65,9)	227
Alergia	-	-	45,4 (40,3-50,6)	232
Arritmia	-	-	51,9 (41,5-62,2)	91
AVC	-	-	43,1 (31,8-55,2)	29
Câncer	-	-	50,2 (39,3-61,0)	49
Colesterol elevado	-	-	49,3 (44,1-54,7)	275
Doença coração	-	-	52,0 (39,5-64,2)	47
Doença pulmonar	-	-	44,0 (31,2-57,8)	34
Doença veias	-	-	57,7 (45,1-69,4)	45
DPOC	-	-	44,0 (31,2-57,8)	34
Hipertensão	-	-	46,5 (42,5-50,5)	441
Infarto	-	-	53,8 (40,4-66,7)	46
Osteoporose	-	-	59,2 (51,2-66,7)	119
Varizes	-	-	54,2 (48,6-59,7)	210

Nota: IC_{95%} = Intervalo de confiança de 95%

4.3.2. Características da dor nas costas

Na tabela 12, entre os adolescentes com dor nas costas, a localização mais referida foi a região lombar 41,3% (IC_{95%} 33,4-49,8), com diferença estatística das demais regiões referidas. A segunda mais referida foi a região dorsal, com 26,6% (IC_{95%} 18,7-36,1). Quanto a frequência, 40,3% (IC_{95%} 32,7-48,4) referiram dor em alguns dias da semana, 40,5% (IC_{95%} 33,3-48,1) referiram dor com intensidade fraca e 57,8% (IC_{95%} 50,0-65,2) relataram que a dor não limitava as atividades diárias.

As características da dor nas costas em adultos/idosos quanto a localização mais frequente foi a lombar com 63,2% (IC_{95%} 59,0-67,2), seguido por dorsal com 19,0% (IC_{95%} 16,2-22,0). Para 38,2% (34,6-41,8), a dor é sentida em alguns dias da

semana, mas chama a atenção que 21,2% (IC_{95%} 18,6-24,0) das pessoas referiram ter dor nas costas todos os dias. Em relação à intensidade, 42,1% (IC_{95%} 39,0-45,2) referiram ser média. Para 40,0% (IC_{95%} 36,2-43,9) essa dor nas costas não limita as atividades e para 38,5% (IC_{95%} 35,2-41,9) limita pouco o cotidiano dos entrevistados.

Tabela 12. Proporção das características das dores nas costas por grupo etário. São Paulo, 2015.

Características da dor nas costas	Adolescentes		Adultos e idosos	
	% (IC _{95%})	n	% (IC _{95%})	n
Localização				
Lombar	41,4 (33,4-49,8)	80	63,2 (59,0-67,2)	689
Dorsal	26,6 (18,7-36,1)	26	19,0 (16,2-22,0)	198
Cervical	14,4 (10,3-19,9)	26	10,9 (9,0-13,1)	120
2 locais ou mais	17,7 (12,7-24,2)	29	7,0 (5,5-8,8)	84
Frequência				
Menos de 1 vez por mês	15,0 (9,7 -22,3)	26	14,0 (11,4-17,0)	157
Algumas vezes por mês	29,6 (23,3-36,8)	55	26,7 (23,8-29,8)	328
Alguns dias da semana	40,3 (32,7-48,4)	74	38,2 (34,6-41,8)	464
Todos os dias	15,1 (11,2-20,2)	27	21,2 (18,6-24,0)	273
Intensidade				
Fraca	40,5 (33,3-48,1)	71	23,3 (20,7-26,0)	268
Média	38,5 (31,4-46,2)	70	42,1 (39,0-45,2)	506
Intensa	12,9 (9,1-17,9)	26	22,2 (19,6-25,1)	280
Muito intensa/insuportável	8,1 (4,6-13,8)	14	12,4 (10,6-14,6)	168
Limita				
Não limita nada	57,8 (50,0-65,2)	100	40,0 (36,2-43,9)	452
Limita um pouco	34,0 (26,8-42,0)	65	38,5 (35,2-41,9)	466
Limita muito	8,2 (4,7-14,1)	17	21,5 (18,6-24,8)	306

Nota:

IC = Intervalo de confiança

Na tabela 13 as questões de atitudes para alívio poderiam ser respondidas mais de uma atitude.

Atitudes para o alívio da dor entre os adolescentes 18,3% (IC_{95%} 12,9-25,2) realizaram automedicação, mas 45,3% (IC_{95%} 36,5-54,4) responderam que não fazem nada.

Em adultos/idosos da dor 34,2% (IC_{95%} 30,8-37,8) referiram automedicação e 15,4 (13,4-17,7) medicação prescrita; 27,0% (IC_{95%} 23,6-30,6) não fazem nada para aliviar a dor.

Tabela 13. Proporção de atitudes para alívio da dor nas costas por grupo etário. São Paulo, 2015.

Atitudes para alívio da dor	Adolescentes		Adultos e idosos	
	% (IC _{95%})	n	% (IC _{95%})	n
Automedicação	18,3 (12,9-25,2)	34	34,2 (30,8-37,8)	420
Automedicação e outros	1,6 (0,4- 6,1)	2	3,4 (2,3- 4,9)	40
Medicação Prescrita	6,6 (3,4-12,4)	12	15,4 (13,4-17,7)	218
Medicação Prescrita e outros	1,4 (0,3- 5,9)	2	3,7 (2,6- 5,3)	49
Atividade Física	11,3 (6,5-18,8)	17	6,6 (5,2- 8,4)	74
Atividade Física e outros	0,3 (0,1- 2,4)	1	2,2 (1,1- 4,3)	18
Massagem	4,3 (2,0- 8,9)	9	1,3 (0,7- 2,7)	15
Repouso	9,8 (6,0-15,7)	18	4,5 (3,2- 6,3)	47
Outros	1,1 (0,3-4,3)	2	1,6 (0,9-2,8)	19
Não faz nada	45,3 (36,5-54,4)	85	27,0 (23,6-30,6)	327

Nota:

IC = Intervalo de confiança

4.3.1. Fatores associados à dor nas costas

A tabela 14 apresenta a associação utilizando a Razão de Prevalência (RP) estimada de dor nas costas com as variáveis sócio demográficas, de estilo de vida e autopercepção de dor nas costas em adolescentes (12 a 19 anos) e adultos/idosos (20 anos e mais).

Em adolescentes a razão de prevalência estimada de dor nas costas nas meninas foi 70% maior do que entre os meninos. A razão de prevalência estimada de dor nas costas é 30% maior entre as pessoas que bebem em relação aos que não bebem.

Entre os adultos/idosos, os fatores associados a dor nas costas foram ser do sexo feminino, que relataram 40% mais dor nas costas que no sexo masculino. Na faixa etária de 70 anos e mais, houve 50% mais dor nas costas do que os que tem entre 20 a 29 anos. Pessoas que referiram ser separadas tiveram 40% mais dor nas costas em relação aos solteiros, aqueles que bebem atualmente 30% a mais que os que nunca bebeu, os que pararam de fumar têm 30% de ter dor nas costas do que os que nunca fumaram. A prevalência de dor nas costas dentre as pessoas com auto percepção de saúde como 'não boa' foi duas vezes mais elevada do que as que referiram bom estado de saúde.

Tabela 14. Razão de Prevalência de dor nas costas por grupos etários segundo variáveis selecionadas. São Paulo, 2015.

Variáveis	Adolescentes		Adultos e idosos	
	RP Bruta (IC _{95%})	p	RP Bruta (IC _{95%})	p
Sexo		0,001*		<0,0001*
Masculino	1		1	
Feminino	1,7 (1,2-2,4)	0,001	1,4 (1,3-1,6)	<0,001
Faixa etária (anos)				0,0002*
12 a 19	1,0		-	-
20 a 29	-	-	1	
30 a 39	-	-	1,1 (0,9-1,3)	0,532
40 a 49	-	-	1,3 (1,1-1,6)	0,002
50 a 59	-	-	1,4 (1,1-1,7)	0,002
60 a 69	-	-	1,3 (1,1-1,6)	0,008
70 e mais	-	-	1,5 (1,2-1,8)	<0,001
Raça/Cor		0,1961*		0,9649
Branca	1		1	
Preta	1,6 (1,0-2,5)	0,050	1,0 (0,9-1,2)	0,820
Parda	1,4 (0,9-1,9)	0,056	1,0 (0,9-1,2)	0,657
Outras	1,3 (0,6-2,4)	0,518	1,0 (0,8-1,3)	0,712
Situação conjugal		<0,001*		0,001*
Solteiro	1,0		1	
Casado	-	-	1,3 (1,1-1,5)	<0,001
Separado	-	-	1,4 (1,1-1,7)	0,002
Viúvo	-	-	1,3 (1,1-1,7)	0,004
Escolaridade*		0,553		0,001*
Fund I incompleto	-	-	1	
Fund I completo	1		1,0 (0,9-1,3)	0,694
Fund II completo	1,2 (0,8-1,7)	0,363	0,9 (0,8-1,1)	0,302
Médio completo	1,2 (0,8-1,9)	0,334	0,8 (0,7-0,9)	0,037
Superior completo	-	-	0,8 (0,7-0,9)	0,035
Consumo de álcool		0,576		0,001*
Nunca bebeu	1		1	
Bebe atualmente	1,3 (0,8-2,3)	0,298	1,3 (1,1-1,5)	<0,001
Parou de beber	1,1 (0,7-1,8)	0,734	1,1 (1,0-1,3)	0,098
Tabagismo		0,721		<0,001*
Nunca fumou	1		1	
Fuma atualmente	1,0 (0,5-2,0)	0,985	1,1 (1,0-1,3)	0,059
Parou de fumar	1,4 (0,6-3,2)	0,422	1,3 (1,2-1,5)	<0,001
Estado Nutricional		0,240		0,649
Abaixo do peso	1		1	
Normal	1,1 (0,4-3,5)	0,839	0,9 (0,7-1,1)	0,399
Sobrepeso	1,3 (0,4-4,0)	0,664	0,9 (0,8-1,2)	0,584
Obeso	1,8 (0,5-6,1)	0,343	1,0 (0,8-1,2)	0,987
Recomendação de Atividade Física		0,005*		0,311
Não cumpre	1		1	
Cumpr recomendação	1,6 (1,2-2,1)	0,005	1,1 (0,9-1,2)	
Auto percepção de saúde		<0,001*		<0,001*
'Boa'	1		1	
'Não boa'	2,2 (1,7-2,9)	<0,001	1,8 (1,6-2,0)	<0,001

* selecionados para análise de razão de prevalência ajustada

A tabela 15 mostra a associação utilizando a Razão de Prevalência (RP) estimada para dor nas costas na presença de morbididades referidas, comparado com quem não referiu essas doenças. Entre os adolescentes observou-se que em todas as morbididades referidas testadas mostraram-se associadas a dor nas costas. A razão de prevalência entre os adultos com dor nas costas e outras morbididades referidas apenas angina, AVC e DPOC não tiveram associação à dor nas costas.

Tabela 15. Razão de Prevalência estimada bruta por grupos etários de dor nas costas segundo morbididades referidas. São Paulo, 2015.

Doenças autorreferidas	Adolescentes		Adultos e idosos	
	% (IC95%)	p	% (IC95%)	p
Alergia	-	-	1,3 (1,2-1,5)	<0,001*
Angina	-	-	1,3 (0,9-1,9)	0,130
Ansiedade	1,7 (1,5-1,9)	<0,001*	1,7 (1,5-1,8)	<0,001*
Arritmia	-	-	1,4 (1,2-1,8)	0,001*
Asma	1,2 (1,0-1,4)	0,030	1,2 (1,0-1,5)	0,028*
AVC	-	-	1,2 (0,9-1,6)	0,264
Câncer	-	-	1,4 (1,1-1,7)	0,007*
Cefaleia	1,7 (1,6-1,9)	<0,001*	1,7 (1,6-1,9)	<0,001*
Colesterol elevado	-	-	1,4 (1,3-1,6)	<0,001*
Doença coluna	-	-	2,8 (2,6-3,0)	<0,001*
Doença coração	-	-	1,4 (1,1-1,9)	0,006*
Doença do pulmão	-	-	1,8 (1,3-2,3)	<0,001*
Doença veias	-	-	1,6 (1,3-2,0)	<0,001*
DPOC	-	-	1,2 (0,9-1,6)	0,240
Hipertensão	-	-	1,4 (1,2-1,5)	<0,001*
Infarto	-	-	1,5 (1,1-1,9)	0,003*
Insônia	1,9 (1,7-2,1)	<0,001*	1,8 (1,6-2,0)	<0,001*
Osteoporose	-	-	1,7 (1,4-1,9)	<0,001*
Reumatismo	-	-	1,7 (1,5-2,0)	<0,001*
Rinite	1,4 (1,2-1,5)	<0,001*	1,4 (1,2-1,6)	<0,001*
Sinusite	1,5 (1,3-1,7)	<0,001*	1,5 (1,3-1,7)	<0,001*
Tendinite	-	-	2,0 (1,8-2,2)	<0,001*
Varizes	-	-	1,6 (1,4-1,8)	<0,001*
Tontura	2,0 (1,8-2,2)	<0,001*	1,9 (1,7-2,1)	<0,001*
TMC*	2,1 (1,9-2,3)	<0,001*	2,1 (1,9-2,3)	<0,001*

Obs.: -sem informação ou dados insuficientes para análise

*TMC respondido apenas entre adolescentes de 15 a 19 anos-não foi utilizado no modelo

4.3.2. Fatores associados à Dor nas Costas – RP ajustada

Na tabela 16 temos os fatores associados à dor nas costas, ajustados por sexo.

Em adolescentes os fatores associados a ter dor nas costas foram entre as pessoas que referiram ter tontura (RP=1,7 IC_{95%} 1,2-2,4), insônia (RP=1,6 IC_{95%} 1,2-2,2), TMC (RP=1,6 IC_{95%} 1,1-2,2), cefaleia (RP=1,5 IC_{95%} 1,4-2,4) e sinusite (RP=1,4 IC_{95%} 1,0-2,0).

Em adultos e idosos a razão de prevalência ajustada de dor nas costas foi maior entre os casados (RP=1,2 IC_{95%} 1,0-1,4) em relação aos solteiros e entre os que consomem ou pararam de consumir bebida alcoólica (RP=1,2 IC_{95%} 1,0-1,4) do que as pessoas que não consomem, , diferenças sem significância estatística. Já a auto percepção da saúde, pessoas que referiram ter saúde 'não boa' (RP=1,3 IC_{95%} 1,1-1,5) do que quem autoreferida como 'boa', diferença com significância estatística. Entre as doenças autoreferidas foi maior para doença na coluna (RP=2,2 IC_{95%} 2,0-2,5), cefaleia (RP=1,4 IC_{95%} 1,2-1,5), TMC (RP=1,4 IC_{95%} 1,2-1,5) e tontura (RP=1,2 IC_{95%} 1,1-1,4).

Tabela 16. Razão de Prevalências ajustadas de dor nas costas por grupos etários. São Paulo, 2015.

Variáveis	Análise Ajustada Adolescentes		Análise Ajustada Adultos/idosos	
	RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
Sexo*				
Masculino	1		1	
Feminino	1,2 (0,9-1,7)	0,276	1,2 (0,9-1,3)	0,059
Situação conjugal				
Solteiro	-	-	1	
Casado	-	-	1,2 (1,0-1,4)	0,012
Separado	-	-	1,1 (0,9-1,3)	0,331
Viúvo	-	-	1,2 (0,9-1,4)	0,103
Consumo de álcool				
Nunca bebeu	-	-	1	
Bebe atualmente	-	-	1,2 (1,1-1,4)	0,004
Parou de beber	-	-	1,2 (1,0-1,4)	0,022
Auto percepção de saúde				
'como boa'	-	-	1	
'como não boa'	-	-	1,3 (1,1-1,5)	<0,001
Doença coluna				
Não	-	-	1	
Sim	-	-	2,2 (2,0-2,5)	<0,001
Cefaleia				
Não	1		1	
Sim	1,5 (1,4-2,4)	<0,001	1,4 (1,2-1,5)	<0,001
Tontura				
Não	1		1	
Sim	1,7 (1,2-2,4)	0,002	1,2 (1,1-1,4)	0,008
Insônia				
Não	1		1	
Sim	1,6 (1,2-2,2)	0,004	1,2 (1,0-1,3)	0,010
Sinusite				
Não	1			
Sim	1,4 (1,0-2,0)	0,006		
TMC				
Não	1		1	
Sim	1,6 (1,1-2,2)	0,008	1,4 (1,2-1,5)	<0,001

IC_{95%}: Intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência

* variável de ajuste

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1. ASSOCIAÇÃO DE CEFALEIA E DOR NAS COSTAS / DOR NAS COSTAS E CEFALEIA

A prevalência em população geral é alta tanto para cefaleia¹⁹ como para dor nas costas⁴².

ASHINA e et al.⁴², em estudo da população dinamarquesa, estimou a prevalência de dor lombar associada com cefaleia foi de 85,7%.

O mesmo autor ASHINA et al.⁴³ em outro estudo da mesma população mostra que pessoas que referiram dor lombar com enxaqueca/cefaleia tiveram um aumento da sensibilidade geral à dor.

PLESH et al.⁴⁴ utilizou a Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde dos EUA em adultos de 2000 - 2005, que foram selecionados como dores: cefaleia intensa ou enxaqueca e como uma das comorbidades os transtornos nas regiões cervicais e lombar referida nos últimos 3 meses da pesquisa. A prevalência concomitante de enxaqueca 52,6% com dor na região cervical e 46,9% com dor na região lombar. Também destacam que seria importante para os médicos realizarem uma avaliação abrangente quando os pacientes procuram ajuda para dores de cabeça e ampliar a investigação para as comorbidades como as dores musculoesquelética, que estão inclusas a dores no pescoço e dor nas costas⁴⁴.

IGUTI et al.²³ em Campinas - SP em inquérito populacional de 2002/2003 em adultos (18 a 59 anos), encontrou a prevalência de cefaleia associada as pessoas com dor nas costas de 47,7%.

No presente trabalho, considerando o modelo final ajustado em todos os grupos a cefaleia esteve associada com dor nas costas e a dor nas costas esteve associada com cefaleia. A razão de prevalência de cefaleia para os que tem dor nas costas foi de 50% em adolescentes, 40% em adultos e 60% em idosos. A razão de prevalência de dor nas costas para os que tem cefaleia foram 50% em adolescentes, 40% em adultos e idosos.

A prevalência de cefaleia nas diversas faixas teve aumento até 30 a 39 anos, após isso, houve um decréscimo para ambos os sexos, sendo que após os 50 anos as prevalências entre os sexos são semelhantes (Gráfico 1). Diferente de dor nas

costas, onde há um aumento da prevalência conforme as faixas etárias avançam (Gráfico 2). A concomitância dessas doenças devem ser consideradas por profissionais de saúde quando pessoas buscam atendimento de saúde e referem apenas uma das doenças.

5.2. CEFALEIA

A dor de cabeça é sentida por quase metade dos adultos do mundo, em um momento ou outro durante a vida¹⁹, por isso é importante o conhecimento do ponto de vista epidemiológico, devido ao seu impacto na saúde da população.

Em 2011, a OMS¹⁹ alertou que embora os distúrbios de cefaleia estejam entre os mais comuns de todos os distúrbios de saúde, sua epidemiologia é apenas parcialmente documentada. Estudos baseados em população focaram principalmente na enxaqueca que, embora mais comumente estudada^{40,45,46}, não é o distúrbio de cefaleia mais comum. A cefaleia do tipo tensional é a mais prevalente⁴⁷.

A OMS¹⁹ no Atlas Mundial da Cefaleia estima prevalência de cefaleia 46,1% nas Américas; 21,6% na África; 78,8% no Mediterrâneo; 56,1% na Europa; 63,9% na Ásia; e 52,8% no Pacífico entre pessoas de 18 a 65 anos de. PAHIN et al.⁴⁰ em adultos (20 a 64 anos) de Pelotas-RS encontrou a prevalência cefaleia de 71,3% (IC95% 69,6-73,0).

A partir de uma revisão sistemática, foram apresentadas as prevalências obtidas com a aplicação do questionário HARSHIP⁴⁷, por meio das seguintes questões: *“Você já teve dor de cabeça em toda a sua vida?”*; *“Você teve dor de cabeça durante os últimos doze meses?”*; e *“Durante os últimos dias, quantos desses dias você teve dor de cabeça?”* (como o questionário ainda não estava traduzido para o Brasil, a tradução usada na revisão foi livre). Aplicado o questionário em vários países, esse estudo apontou para 53 a 75% de prevalências de cefaleia referida no último ano⁴⁷.

No presente estudo, a prevalência estimada de cefaleia foi de 31,8% para pessoas com 12 anos de idade ou mais no município de São Paulo, um pouco abaixo do que já foi observado no Atlas Mundial de cefaleia que seria de 46,1% para as Américas¹⁹.

Uma das possíveis explicações poderia ser que a faixa etária neste estudo ser a partir de doze anos e também incluindo pessoas com 65 anos e mais, idades que apresentam menos cefaleia, enquanto no estudo da OMS¹⁹ são adultos de 18 a 65 anos. Outra possibilidade poderia ser a interpretação da pergunta obtida na questão do questionário do ISA Capital 2015 - *O(a) Sr.(a) costuma ter enxaqueca ou dor de cabeça?* - com a qual poderíamos ter obtido respostas referentes a cefaleias

mais graves, visto que a pergunta aborda diretamente a enxaqueca, forma mais grave do que a cefaleia tensional. Enquanto no estudo da OMS¹⁹ refere-se a porcentagem da população que relata pelo menos um episódio de dor de cabeça que atende aos critérios diagnósticos para o distúrbio de dor de cabeça durante os 12 meses anteriores.

Em vários trabalhos tanto a cefaleia como a enxaqueca são mais prevalentes nas mulheres^{21,45,48-51} uma das explicações seriam os hormônios sexuais femininos, sendo que o estrógeno tem um papel importante⁵¹⁻⁵³.

No presente estudo as prevalências de cefaleia em mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos foi de 53,0% (IC_{95%} 47,0-59,0), depois um decréscimo, uma das explicações seriam a diminuição dos hormônios femininos de fertilidade.

Existem vários instrumentos de mensuração do estado de saúde, mas a auto avaliação da saúde tem sido utilizado como indicador de bem estar que constitui na autoclassificação global do estado de saúde para a qual a pessoa considera o seu bem estar físico, mental e social¹¹. A cefaleia é dor, portanto reconhecida como um fator de sofrimento. No presente estudo, a auto percepção de saúde categorizada como “boa” e “não boa”, se apresentou associada à cefaleia como ‘não boa’ em todas os grupos etários.

As comorbidades que estiveram associadas com cefaleia para os três grupos etários foram dor nas costas e sinusite. Apenas para os adultos também tiveram associadas as comorbidades: TMC, insônia e rinite.

As cefaleias e sinusites são motivos comuns de atendimento e suas similaridades em suas apresentações clínicas, as síndromes de cefaleia primária podem ser diagnosticadas erroneamente como doença sinusal e vice-versa, como podem coexistir^{54,55}.

GUILMOUR & WIKINS⁵⁶ em estudo de prevalência no Canadá encontraram o risco aumentado de ter enxaqueca em mulheres que tinham como comorbidades sinusite, bronquite ou enfisema; para a sinusite em mulheres o risco foi de 2,2 (OR) em relação as que não tinham sinusite.

Nesse estudo a prevalência de cefaleia e sinusite foi maior em todos os três grupos etários sendo 50% maior para os adolescentes em relação aos que não tem sinusite, 30% maior nos adultos e 70% maior nos idosos.

LAKE III et al.⁵⁷ relatam que os distúrbios afetivos é pelo menos três vezes maior entre os pacientes com enxaqueca do que na população geral.

BASTOS et al.⁵⁸ em estudo em Salvador para a variável 'diagnóstico psiquiátrico', observou aumento do efeito correspondente sobre a prevalência de cefaleia, com uma estimativa de risco relativo da ordem de 4,2 (IC_{95%} 3,1-5,9) a níveis altamente significantes. Neste estudo foram encontrados que em adultos com TMC como associada com cefaleia sendo 40% maior em relação aos que não tem.

A relação entre dores de cabeça primárias e insônia é complexa, pois as dificuldades do sono e dores de cabeça podem interagir de maneira bidirecional: sono alterado com padrões que podem desencadear dores de cabeça, e o inverso também, quando a presença de dor de cabeça pode atrapalhar o sono noturno^{59,60}. É possível que existam fatores genéticos, fisiopatológicos e/ou comportamentais que predisponem alguns pacientes a ambas - a cefaleia e os distúrbios do sono, mas esses fatores ainda não foram identificados^{59,60}.

LUND et al.⁶¹ em um inquérito de 2010 realizado na Dinamarca com 68.518 entrevistados, encontrou as prevalências estimadas de 16,3% apenas cefaleia, 21,1% apenas insônia e 18,1% com cefaleia e insônia, desses 2,6% sendo severamente afetados na sua qualidade de vida. Concluem que a alta prevalência de cefaleia e insônia pode sugerir um mecanismo fisiopatológico comum e que seriam necessárias a modificação do estilo de vida, a redução do estresse, depressão e ansiedade. No presente estudo, a insônia esteve associada à cefaleia em adultos com prevalência em 30% maior em relação aos que não tem insônia.

Segundo GRYGLAS⁶² os mecanismos para explicar a associação entre rinite alérgica e enxaqueca são complexas e pouco compreendidas. Uma hipótese é que ocorre na segunda etapa da resposta alérgica. A fase inicial inclui a ligação de IgE a receptores específicos, este período representa o início do estágio agudo da rinite alérgica, com sintomas como espirros, nariz escorrendo e coceira, inchaço e olhos. É a segunda fase que é a fase tardia da reação alérgica ocorre 4 a 8 horas após a exposição a um alérgeno e está associada a sintomas constitucionais como fadiga, mal-estar, cefaleia e irritabilidade. Sendo assim em pacientes com enxaqueca e rinite alérgica coexistente, cuja enxaqueca pode ser exacerbada pela rinite, o ideal seria o manejo das alergias que podem reduzir a frequência de enxaquecas, o que levaria a uma melhora da qualidade de vida dos indivíduos com cefaleia⁶². Neste estudo, adultos com rinite estão associados com cefaleia sendo 10% maior nos que tem rinite em relação aos que não tem.

5.3. DOR NAS COSTAS

O estudo de O'SULLIVAN et al.⁶³ reconhece que a dor nas costas - dor lombar, cervical e dorsal - em adolescentes tem sido multifatorial, devido a fatores biológicos, psicológicos, físicos, anatômicos, estilo de vida e de multimorbidades.

SWAIN et al.³¹ em estudo de adolescentes (9 a 17 anos) com dados de 28 países de três doenças relacionadas a dor: cefaleia, dor no estômago e dor nas costas. Para dor nas costas foi estimada a prevalência de 37,0%, e a menor prevalência encontrada foi na Polônia (27,7%) e a maior na República Tcheca (50,5%). Neste presente estudo a prevalência estimada de dor nas costas foi de 19,9% (IC_{95%} 16,7-23,5), em adolescentes (12 a 19 anos). Esses resultados indicam que a prevalência estaria abaixo de todos os países do estudo.

DEYO et al.⁶⁴ em 2002 nos Estados Unidos estimou a prevalência de 26,4% de dor nas costas e 13,8% de dor no pescoço referida a 3 meses anteriores a pesquisa. HOY et al.⁶⁵ em revisão sistemática encontrou uma prevalência mundial de 23,2% ($\pm$ 2,9%) de dor lombar.

IGUTI et al.²³ em Campinas-SP em 2002/2003 estimou a prevalência de dor nas costas em 30,6% (IC_{95%} 26,6-35,0), e acometeu 34,4% das mulheres e 26,5% dos homens. FERREIRA et al.³² em Pelotas-RS em 2002 em adultos (20 a 69 anos) encontrou a prevalência de 63,1% (IC_{95%} 60,0-66,1). No presente estudo a prevalência estimada é 36,8% (IC_{95%} 34,5-39,0) para adultos/idosos (20 anos e mais) esses semelhantes a cidade de Campinas. Quando comparado com a literatura mundial a prevalência estimada é maior mas pode ser em decorrência de que as prevalências nesses estudos são apenas da região.

O aumento da prevalência de dores nas costas com o envelhecimento é achado frequente na literatura^{23,24,27,66-69}. No presente estudo também foi observado aumento de prevalência conforme a faixa etária para as mulheres. Então em população geral há uma tendência de aumento de dor nas costas conforme a idade avança.

Os fatores associados a dor nas costas para os adultos foram a situação conjugal, consumo de álcool e auto percepção de saúde.

IGUTI et al.²³ em estudo em adultos de Campinas, como um dos fatores associados dor nas costas e situação conjugal, sendo RP 1,22 (IC_{95%} 1,1-1,9) em casados e RP 1,43 (IC_{95%} 1,1-1,9) em viúvos do que nos solteiros. No presente

estudo foi encontrada associação de dor nas costas em pessoas casadas RP 1,3 (IC_{95%} 1,1-1,5) comparado aos solteiros, sendo assim dados semelhantes a cidade de Campinas.

Para consumo de álcool IGUTI et al.²³ encontraram como associação bruta o consumo excessivo de álcool e ter dor nas costas com RP 1,4 (IC_{95%} 1,1-2,0), mas não foi encontrada associação no modelo ajustado. No presente estudo, utilizamos a pergunta sobre “faz ou fez uso de bebidas alcoólicas” e encontramos associação com dor nas costas e bebem RP 1,3 (IC_{95%} 1,1 - 1,5) em relação as que não bebem. A auto percepção de saúde trata-se de um indicador subjetivo, amplamente utilizado em inquéritos populacionais devido à facilidade de captação, tem validade como preditor de problemas de saúde⁷⁰. IGUTI et al.²³ para adultos que avaliaram a própria saúde como boa e ruim ou muito ruim apresentaram maior prevalência de dor nas costas, chegando até o dobro da frequência entre os que relataram saúde ruim ou muito ruim em relação aos que a avaliaram como excelente (RP ajustada = 2,02). FERREIRA et al.³² em inquérito de saúde na cidade de Pelotas-RS também encontrou associadas a lombalgia com piores autoavaliações do estado geral de saúde sendo o maior entre os que referiram ruim RP1,6 (IC_{95%} 1,3-2,1).

Os fatores associados com as comorbidades para os dois grupos etários foram: ter tontura, insônia, TMC e cefaleia. Apenas para os adolescentes: ter sinusite e apenas para adultos ter doença da coluna.

A relação entre tontura e dor nas costas pode ser vista como a relação de alta prevalência dos dois sintomas^{71,72}, o uso de medicação para dores tendo como efeito colateral a tontura⁷³ e a relação com traumas/contusões causados na prática de esportes⁷⁴.

JANSSENS⁷¹ em 2011, em um estudo com adolescentes americanos e holandeses identificou associação de dor nas costas com atraso no período puberal, cansaço excessivo e tontura. Os adolescentes que tinham dor nas costas apresentavam 70% a mais de tontura dos que não tinham. No presente estudo foi encontrada associação de dor nas costas em casos RP 1,3 (IC_{95%} 1,1-1,5) em relação aos solteiros, comparando com os dados de cidade de Campinas os resultados são semelhantes.

AUVINEN et al.⁷⁵ em estudo realizado em um subcoorte da coorte de nascimentos do norte da Finlândia de 1986 em adolescentes, encontraram que sono

insuficiente foi um fator de risco independente para dor lombar tanto para meninas $OR=2,9$ ($IC_{95\%}$ 1,7-5,2), quanto para meninos $OR=2,4$ ($IC_{95\%}$ 1,3-4,5).

IGUTI et al.²³ no estudo em adultos também encontrou associação de dor nas costas com insônia RP 1,56 ($IC_{95\%}$ 1,25-1,95) em relação aos que não tem. GRAINNE et al.⁷⁶ em revisão sistemática de 17 artigos encontrou dor nas costas associada com má qualidade do sono. No presente estudo foi encontrada associação de dor nas costas com insônia em adultos RP 1,6 ($IC_{95\%}$ 1,2-2,2) em relação aos que não tem insônia, portanto resultados semelhantes.

A associação entre transtorno mental comum (TMC) e dor nas costas é abordado em diferentes estudos^{63, 77}. VIANA et al.⁷⁸ concluíram em seu estudo que adolescentes com transtornos mentais correm mais risco de desenvolver dor nas costas, o que pode significar que a experiência de dor física e emocional nesse grupo pode ser dependente, salientando a importância da detecção de tais associações. No presente estudo, também se identificou importante associação de TCM e dor nas costas em adolescentes da cidade de São Paulo RP 1,6 ($IC_{95\%}$ 1,1-2,2).

Apenas em adolescentes a dor nas costas esteve associada com sinusite, com RP 1,4 ($IC_{95\%}$ 1,0-2,0). Também, não foi encontrada essa associação em outros trabalhos BEECKMANS et al.⁷⁹ em uma revisão sistemática de dor lombar e doenças do aparelho respiratório, a sinusite foi classificada como doença respiratória alérgica. Uma das hipóteses é que a má qualidade da respiração piora a função do diafragma o que alteraria o controle postural causando dor lombar, entretanto em estudos não foram encontradas associações significativas.

ALANAZI et al.⁸⁰ apresenta que a escoliose é uma das doenças mais frequentes e que podem acometer cerca de 68% de indivíduos com mais de 60 anos e desses 90% sentem dor nas costas. No ISA Capital 2015, as questões de dor nas costas estavam separadas das questões de doença na coluna ou problema na coluna e para essas era necessário descrever a doença, grande maioria referiu escoliose e hérnia de disco que são alterações degenerativas da coluna lombar, essas doenças pode ter como sintoma de diagnóstico a dor nas costas. No presente estudo de dor nas costas esteve associado com doença na coluna com RP 2,2 ($IC_{95\%}$ 2,0 – 2,5) é coerente com outros achados da literatura.

A dor lombar é a mais prevalente e a mais estudada^{27,29,69,77,81-83} por ser incapacitante^{27,84}, ter alto custo em medicamentos e tratamentos^{24,27} e causando

dias de vidas perdidos⁸⁵. No presente estudo a localização lombar foi referida por 41,3% (IC_{95%} 33,4-49,8) em adolescentes e 63,2 (IC_{95%} 59,0-67,2) e dois locais ou mais 17,7 (IC_{95%} 12,7-24,2) em adolescentes e 7,0 (IC_{95%} 5,5-8,8) em adultos.

A dor nas costas geralmente é tratada com analgésicos, mas há outros tratamentos que incluem fisioterapia, exercícios físicos e manipulação da coluna vertebral³⁰. A automedicação tem sido considerada como um importante problema de saúde pública. PARDO et al.⁸⁶ relacionaram o principal uso de automedicação na busca de alívio para enfrentar problemas relacionados à dor. ARRAIS³⁷ estima a prevalência da automedicação no Brasil em 16,1% (IC_{95%} 15,0–17,5) e desses 33,4% (IC_{95%} 31,4–35,4) são analgésicos; esses dados estão dentro do esperado pela automedicação para dores agudas. Em 2003, CARVALHO et al.⁸⁷ encontraram que no Brasil 25% fizeram uso de medicação sem prescrição por profissionais de saúde. No presente estudo, apenas automedicação utilizada para busca de alívio da dor nas costas foi referida por 18,3% (IC_{95%} 12,9-25,2) dos adolescentes e 34,2% (IC_{95%} 30,8-37,8) dos adultos, para esses últimos a automedicação foi elevada comparando os estudos no Brasil. É importante lembrar que a maioria dos medicamentos consumidos podem ser isentos de prescrição, mas não são isentos de risco, o que pode merecer atenção por parte dos gestores e profissionais da saúde, pois as possíveis intoxicações e efeitos adversos podem prejudicar as pessoas e ainda aumentar os gastos com a saúde⁸⁷.

SHIPTON et al.⁸⁸ enfatizam o tratamento não farmacológico para enfrentar o problema de dor nas costas, tratamentos como pilates, yoga, caminhadas e manipulação das vértebras (massagem). Neste estudo, entre os adolescentes, 11,3% (IC_{95%} 6,5-18,8) referiram como alívio para a dor fazem apenas atividade física. A acupuntura foi agrupado em outros pois foi citado menos que 1% (IC_{95%} 0,3-4,3), essa técnica é conhecida como tratamento eficaz^{89,90}, por ser uma técnica oriental pode ser que a população em geral nem saiba dessa prática, pois esse serviço é ofertado pelo SUS em todo o Brasil e também na cidade de São Paulo⁹¹.

HESTBAEK et al.⁹² mostraram que houve correlação entre dor lombar diagnosticada na infância/adolescência e permanência do problema na idade adulta, sugerindo que ações de prevenção, tratamento e pesquisas relacionadas a problemas de dor nas costas deveriam focar em crianças e adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de dados de Inquérito de Saúde - ISA Capital 2015 permitiu estimar a prevalência de cefaleia e dor nas costas da população de São Paulo.

Para **cefaleia** as prevalências estimadas foram 34,9% (IC_{95%} 31,2-38,6) em adolescentes (12 a 19 anos), 34,5 % (IC_{95%} 32,3-36,7) em adultos (20 a 59 anos) e 17,5% (IC_{95%} 14,7-20,6) em idosos (60 e mais).

Considerando o modelo final após ajuste das variáveis, os fatores associados com cefaleia em adolescentes foram: sexo feminino, auto referência de saúde como 'não boa', ter dor nas costas e ter sinusite. Em adultos: sexo feminino, qualidade de vida como 'não boa', ter insônia, dor nas costas, sinusite e rinite. Em idosos (60 anos e mais): sexo feminino, qualidade de vida como 'não boa', ter dor nas costas e sinusite.

Para **dor nas costas** as prevalências estimadas foram 19,9% (IC_{95%} 16,7-23,5) em adolescentes (12 a 19 anos), 36,8% (IC_{95%} 34,5-39,0) em adultos e idosos (20 e mais).

Considerando o modelo final após ajuste das variáveis, os fatores associados com dor nas costas em adolescentes foram: ter tontura, insônia, TMC, cefaleia e sinusite. Em adultos: ter tontura, insônia, TMC, cefaleia e sinusite, ajustados por sexo.

A possibilidade de dividir em grupos etários auxilia a conhecer doenças na adolescência que é um período na vida do ser humano em que ocorrem importantes mudanças, como alterações hormonais, adaptações sociais relacionadas às mudanças em patamares de autonomia e responsabilidades crescentes, conforme se aproxima a idade adulta. E destacar a existência de evidências que apontam para o fato de que doenças detectadas e mal manejadas no período de adolescência podem ser usadas como preditivos para a vida adulta⁹³.

Considerando a associação recíproca de cefaleia e dor nas costas, destaca-se a importância dos atendimentos nos serviços de saúde serem preparados para uma abordagem global para dor, dentro da linha de cuidado integral e não apenas focado na queixa-conduta e no episódio isolado.

Considerando que auto percepção de saúde como 'não boa', insônia, TMC estiveram associadas tanto com cefaleia como dor nas costas os profissionais de

saúde deveriam atentar a essas questões emocionais e de qualidade do sono tanto para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dessas doenças.

Os tratamentos não medicamentosos foram pouco citados, o que demonstra o potencial para expansão na utilização das práticas integrativas como importante alternativa para alívio e prevenção das dores: nas costas e cefaleia.

Conhecer as prevalências e fatores associados à cefaleia e dor nas costas pode auxiliar a entender tais condições como problemas de saúde e a pensar em estratégias de enfrentamento que podem influenciar novas formas de priorizar e organizar em serviços.

A utilização de inquéritos como o ISA Capital, que trazem informações detalhadas sobre as condições de vida e de saúde da população, possibilita identificar os fatores que contribuem para a prevalência destas doenças.

A magnitude do problema e a baixa valorização da dor como condicionante da qualidade de vida são desafios a serem enfrentados para o cuidado integral, tendo um papel importante de devolutiva à sociedade, trazendo conhecimentos científicos para a oportunidade e relevância do direcionamento das ações de prevenção e controle.

REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

1. IASP - Internacional Association for the Study of Pain. IASP Terminology - Pain. [Acessado em 21 out 2018] Disponível em : <http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>. (2018)
2. Loeser J D In Memoriam: John J. Bonica. *Pain* 59, (1994).
3. Demidoff AO, Pacheco FG , Sholl-Franco A. Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente Divulgação Científica. *Ciências, Cognição* 12, 234–239 (2007).
4. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain* 160, 60–68 (2019).
5. Campos C E. Os Inquéritos de Saúde sob a Perspectiva do Planejamento Health Surveys from a Planning Perspective. *Cad. Saúde Públ.* 9, 190–200 (1993).
6. Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MR, Costa MZ de A, Gattas VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev. Saúde Pública* 30, 153–160 (1996).
7. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev. Bras. Epidemiol.* 11, 6–19 (2008).
8. Malta DC, Leal MC, Costa MFL., Moraes Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 11, 159–167 (2008).
9. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais Health. *Cien. Saude Colet.* 22, 607–21 (2002).
10. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque M de FM de, Latorre M do RD de O, Ribeiro MCS de A, Vasconcellos M, et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol* 11, 168–79 (2008).
11. César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. *Saúde e condição de vida em São Paulo*. 212 p.(FSP/USP, 2005).
12. Segri NJ, Francisco PMSB, Alves MCGP, Barros MB de A, Cesar CLG, Goldbaum M, et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA – Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito

- telefônico (VIGITEL – São Paulo). *Rev Bras Epidemiol* 14, 31–43 (2011).
13. São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO - SMS). *ISA Capital 2015 Aspectos metodológicos e produção de análises*. 32p. (2018).
 14. Almeida MF. Resenha - Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP. *Ciênc. saúde coletiva* 11, 1131–1132 (2006).
 15. Alves MCGP, Escuder MML, Goldbaum M, Barros MB de A, Fisberg RM, Cesar CLG. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. *Rev. Saude Publica* 52, 52–81 (2018).
 16. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. (Ed. Objetiva, 2001).
 17. Andrade CRR, Andrade Júnior CF. Princípios de avaliação das cefaleias. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba* 13, 1–4 (2011).
 18. Azevedo RCS, Ramos F RS. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. *Context Enferm.* 15, 55–63 (2007).
 19. OMS World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. *World Heal. Organ.* 72 p. (2011).
 20. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* 160, 60–68 (2018).
 21. Queiroz LP, Silva Junior AA. The Prevalence and Impact of Headache in Brazil. *Headache J. Head Face Pain* 55, 32–38 (2015).
 22. Brasil - Ministério da Saúde. *Acolhimento a demanda espontânea - queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília, 292 p. (2013).
 23. Iguti AM, Bastos TF, Barros MBA. Dor nas costas em população adulta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. 31, 2546–2558 (2015).
 24. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull. World Health Organ.* 81, 649–656 (2003).
 25. Yelin EH, Weinstein S, King T. The burden of musculoskeletal diseases in the United States. *Semin Arthritis Rheum* 2014–2015 (2014).
 26. Mody GM, Brooks PM. Improving musculoskeletal health: Global issues. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 26, 237–249 (2012).
 27. Hoy D, March L, Brooks P, Woolf A, Blyth F, Vos T. Measuring the global

- burden of low back pain. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 24, 155–165 (2010).
28. IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, 28 p. (2013).
 29. Hoy D, March L, Brooks P, Woolf A, Blyth F, Vos T. Measuring the global burden of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 24(2):155–165. (2010).
 30. Duthey, B. Low back pain. Washington. 29 p. (2013).
 31. Swain MS, Henschke N, Kamper SJ, Gobina I, Ottová-Jordan V, Maher CG. An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health* 14, 447–154 (2014).
 32. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira F V., Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Fisioter* 15, 31–6 (2011).
 33. Graup S, Bergmann MLA, Bergmann GG. Prevalence of nonspecific lumbar pain and associated factors among adolescents in Uruguaiana, state of Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Ortop.* (2014). doi:10.1016/j.rbo.2013.09.005
 34. Jannini SN, Dória-Filho U, Damiani D, Silva CAA. Musculoskeletal pain in obese adolescents. *J. Pediatr. (Rio. J).* 87, 329–335 (2011).
 35. Fleming RA, Martins RF, Silva LP. Prevalência de dores nas costas na gestação. *Rev Assoc Med Bras* 51, 144–151 (2005).
 36. INSS, Instituto Nacional de Seguridade Social. Auxílio-doença: comum ou acidente de trabalho? – INSS. 1 (2018). [Acessado em 5 Jan 2019] Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/auxilio-doenca/auxilio-doenca-comum-ou-acidente-de-trabalho/>.
 37. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Rev. Saude Publica* 50, 13s (2016).
 38. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 32, 43–9 (1998).
 39. São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO - SMS). *Questionário completo - ISA Capital 2014/2015*. (2014).

40. Pahim LS, Menezes AMB, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev. Saude Publica* 40, 692–698 (2006).
41. Brasil - Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* (2012).
42. Ashina S, Bendtsen L, Lyngberg AC, Lipton RB, Hajiyeva N, Jensen R. Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: A population study. 0, 1–9 (2014).
43. Ashina S, Lipton RB, Bendtsen L, Hajiyeva N, Buse DC, Lyngberg AC, et al. Increased pain sensitivity in migraine and tension-type headache coexistent with low back pain: A cross-sectional population study. *Eur. J. Pain (United Kingdom)* 1–11 (2018).
44. Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Research Submission Self-Reported Comorbid Pains in Severe Headaches or Migraines in a US National Sample. *Headache* 24, 946–956 (2012).
45. Pavlovic JM, Akcali D, Bolay H, Bernstein C, Maleki N. Sex-related influences in migraine. *J. Neurosci. Res.* 95, 587–593 (2017).
46. Ramage-Morin PL, Gilmour, H. Prevalence of migraine in the Canadian household population. *Heal. Reports* 25, 10–16 (2014).
47. Steiner TJ, Gururaj G, Andrée C, Katsarava Z, Ayzenberg I, Yu S-Y, et al. Diagnosis, prevalence estimation and burden measurement in population surveys of headache: presenting the HARDSHIP questionnaire. *J. Headache Pain* 15, 3 (2014).
48. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev. Med. Child Neurol.* 52, 1088–1097 (2010).
49. MacGregor EA, Rosenberg JD, Kurth T. Sex-Related Differences in Epidemiological and Clinic-Based Headache Studies. *Headache J. Head Face Pain* 51, 843–859 (2011).
50. Finocchi C, Strada L. Sex-related differences in migraine. *Neurol. Sci.* 35, 207–213 (2014).
51. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol.* 16, 1234 (2017).

52. Martin VT, Behbehani M. Ovarian hormones and migraine headache: Understanding mechanisms and pathogenesis - Part I. *Headache* 46, 3–23 (2006).
53. Bond DS, Pavlović JM, Lipton RB, Thomas JG, Digre KB, Roth J et al. Sexual Dysfunction in Women With Migraine and Overweight/Obesity: Relative Frequency and Association With Migraine Severity. *Headache J. Head Face Pain* 57, 417–427 (2017).
54. Cashman CE, Smyth D. Primary headache syndromes and sinus headache: An approach to diagnosis and management. *Auris Nasus Larynx* 39, 257–260 (2012).
55. Saueressig IB, Xavier MKA, Oliveira VMA, Pitangui ACR, Araújo RC. Clinical Review Guideline for primary care management of headache in adults. *Can. Fam. Physician* 61, 670–679 (2015).
56. Gilmour H, Wilkins K. Migraine. *Heal. Rep* 12, 23–40 (2001).
57. Lake III AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Focus on Behavioral Headache and Psychiatric Comorbidity: Historical Context , Clinical Implications , and Research Relevance. *Headache* 45, 493–506 (2005).
58. Bastos SB, Almeida-Filho N, Santana VS. Prevalência de cefaleia como sintoma em um setor urbano de Salvador, Bahia. *Arq. Neuropsiquiatr.* 51, 307–312 (2011).
59. Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, Carotenuto M, et al. Headache and comorbidity in children and adolescents. *J. Headache Pain* 14, 79 (2013).
60. Heyer G L, Rose SC, Merison K, Perkins SQ, Lee JEM. Specific headache factors predict sleep disturbances among youth with migraine. *Pediatr. Neurol.* 51, 489–493 (2014).
61. Lund N, Westergaard ML, Barloese M, Glümer C, Jensen RH. Epidemiology of concurrent headache and sleep problems in Denmark. *Cephalalgia* 34, 833–845 (2014).
62. Gryglas A. Allergic Rhinitis and Chronic Daily Headaches : Is There a Link ? *Curr Neurol Neurosci Rep* 16, 33 (2016).
63. Rees CS, Smith AJ, O’sullivan PB, Kendall GE, Straker LM. Back and neck pain are related to mental health problems in adolescence. *BMC Public Health* 11, 382–390 (2011).

64. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back Pain Prevalence and Visit Rates. *Spine (Phila. Pa. 1976)*. 31, 2724–2727 (2006).
65. Hoy D, March L, Woolf A, Blyth F, Brooks P, Smith E et al. The global burden of neck pain : estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 73, 1309–1315 (2014).
66. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil , PNAD-2003. *Cien. Saude Colet.* 11, 911–926 (2003).
67. Oostrom SH, Verschuren WMM, Vet HCW, Picavet HSJ. Ten year course of low back pain in an adult population-based cohort – The Doetinchem Cohort Study. *Eur. J. Pain J.* 15, 993–998 (2011).
68. Grande GR, Meucci RD. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saúde Pública* 49, 73 (2015).
69. Strine TW, Hootman JM. US National Prevalence and Correlates of Low Back and Neck Pain Among Adults AND. *Arthritis Rheum.* 57, 656–665 (2007).
70. São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO - SMS). *Doenças e condições crônicas referidas e autoavaliação de saúde na cidade de São Paulo* 17. 30p. (2015).
71. Janssens KAM, Rosmalen JGM, Ormel J, Verhulst FC, Hunfeld JAM, Mancl LA, et al. Pubertal status predicts back pain, overtiredness, and dizziness in American and Dutch adolescents. *Pediatrics* 128, 553–559 (2011).
72. Menant JC, Wong A, Sturnieks DL, Close JCT, Delbaere K, Sachdev PS, et al. Pain and anxiety mediate the relationship between dizziness and falls in older people. *J. Am. Geriatr. Soc.* 61, 423–428 (2013).
73. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr. Pain Headache Rep.* 23, 1–10 (2019).
74. Schneider K, Emery C, Kang J, Schneider G, Meeuwisse W. Are pre-season reports of neck pain, dizziness and/or headaches risk factors for concussion in male youth ice hockey players? *Br. J. Sports Med.* 45, 319–320 (2011).
75. Auvinen JP, Tammelin TH, Taimela SP, Zitting PJ, Järvelin M-R, Taanila AM, et al. Is insufficient quantity and quality of sleep a risk factor for neck, shoulder and low back pain? A longitudinal study among adolescents. *Eur Spine J* 19, 641–649 (2010).

76. Grainne, KA, Blake C, Power CK, O’Keeffe D, Fullen BM. The Association Between Chronic Low Back Pain and Sleep A Systematic Review. *Clin J Pain* 27, 169–181 (2011).
77. O’Sullivan P, Smith A, Beales D, Straker L. Understanding Adolescent Low Back Pain From a Multidimensional Perspective: Implications for Management. *J. Orthop. Sport. Phys. Ther.* 47, 741–751 (2017).
78. Viana MC, Lim CCW, Garcia Pereira F, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Previous Mental Disorders and Subsequent Onset of Chronic Back or Neck Pain: Findings From 19 Countries. *J. Pain* 19, 99–110 (2018).
79. Beeckmans N, Vermeersch A, Lysens R, Wambeke P Van, Goossens N, Thys T, et al. The presence of respiratory disorders in individuals with low back pain: a systematic review. *Man. Ther.* 26, 77–86 (2016).
80. Alanazi MH, Parent EC, Dennett E. Effect of stabilization exercise on back pain, disability and quality of life in adults with scoliosis: a systematic review. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 54, 647–653 (2018).
81. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age Ageing* 35, 229–234 (2006).
82. Noll M, Candotti CT, Rosa BN, Loss JF. Back pain prevalence and associated factors in children and adolescents: an epidemiological population study. *Rev. Saude Publica* 50, 31–40 (2016).
83. Nascimento PRC, Costa LOP. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saude Publica* 31, 1141–1156 (2015)
84. Hurwitz, EL, Randhawa K, Yu H, Côté P, Haldeman S. The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies. *Eur. Spine J.* (2018).
85. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 386, 743–800 (2015).
86. Pardo, IMCG, Jozala DR, Carioca AL, Nascimento SRD, Santucci VCR. Automedicação: prática frequente na adolescência? Estudo em uma amostra de estudantes do ensino médio de sorocaba. *Rev. da Fac. Ciências Médicas Sorocaba período* 15, 11–15 (2013).

87. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad. Saúde Pública* 21, S100–S108 (2005).
88. Shipton EA. Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain. *Pain Ther* 7, 127–137 (2018).
89. Edelist G, Gross AE, Langer F. Treatment of low back pain with acupuncture. *Canad. Anaesth. Soc. J* 23, 303–306 (1976).
90. Furlan AD, Tulder MW, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, WKoes B, et al. *Acupuncture and dry-needling for low back pain (Review)*. (2011).
91. São Paulo - Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Práticas integrativas e complementares em saúde. (2019). [Acessado em 10 ou 2018] Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236370.
92. Hestbaek L, Leboeuf-Y C, Kyvik KO, Manniche C. The course of low back pain from adolescence to adulthood: Eight-year follow-up of 9600 twins. *Spine (Phila. Pa. 1976)*. 31, 468–472 (2006).
93. Holstein BE, Andersen A, Fotiou A, Gobina I, Godeau E, Holme Hansen E, et al. Adolescents' medicine use for headache: secular trends in 20 countries from 1986 to 2010. *Eur. J. Public Health* 25 Suppl 2, 76–79 (2015).

8. ANEXOS

Anexo I-QUESTIONÁRIO DO ISA CAPITAL 2015

Os questionários do ISA- Capital 2015 pode ser acessado no link abaixo:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/isacapitalsp/index.php?p=216392

Anexo II- APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇAS CRÔNICAS E USOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisador: Mima Namie Okamura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51659015.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.420.473

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa com dados já coletados, oriundos de "estudo transversal de inquérito domiciliar, utilizando o ISA-Capital 2015 das pessoas que referiram possuir doenças crônicas. Análise das características dessa população, uso dos serviços de saúde e como esses avaliaram os serviços. O método estatístico a ser utilizado será a regressão logística simples e multivariada, será baseada nas frequências ponderadas e a odds ratio (OR), com intervalo de confiança de 95%. A análise dos dados da amostra poderá ser expandida para a base populacional".

Objetivo da Pesquisa:

"Descrever as características dos entrevistados que referiram possuir doença crônica e os serviços de saúde utilizados".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a autora, "risco mínimos, pois estaremos utilizando o banco de dados de questionário já aplicado e aprovado pelo Comitê de Ética no projeto Inquérito de saúde de base populacional no município de São Paulo 2014 que teve aprovação Ética CAAE 32344014.3.000.5421".

Benefícios:

"Descrição dos usos dos serviços de saúde, por pessoas que referiram ter doenças crônicas, podem ajudar em novas políticas de saúde".

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.420.473

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a declarar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora propõe dispensa de TCLE porque "O ISA-Capital já teve o TCLE aprovado pelo CAAE 32344014.3.0000.5421 e estaremos utilizando os dados coletados". O orientador da pesquisa coordenou o ISA-Capital.

Recomendações:

Pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_634588.pdf	04/12/2015 17:51:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ISA2014_ja_aprovado.pdf	04/12/2015 17:50:09	Mirna Namie Okamura	Aceito
Cronograma	Cronograma.xlsx	04/12/2015 17:48:09	Mirna Namie Okamura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1Projeto_DoutoradoEpi_Mima2015.pdf	04/12/2015 17:47:52	Mirna Namie Okamura	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_Mima.pdf	04/12/2015 17:34:51	Mirna Namie Okamura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.420.473

SAO PAULO, 23 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

Anexo III- CURRÍCULO LATTES-

Chester Luiz Galvão Cesar

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1C

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1095496876534667>
Última atualização do currículo em 29/11/2018

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Medicina Social pela London School of Hygiene and Tropical Medicine - University of London (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1989). Atualmente é Professor Titular Sênior da Universidade de São Paulo e bolsista pesquisador do CNPq. Diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP (2006-2010). Membro do Conselho da Revista da Universidade de São Paulo (2010-2015), Membro do Conselho da Revista de Saúde Pública (2010-2015). Editor Adjunto da Revista Brasileira de Epidemiologia (1996 - Atual). Membro do Conselho da Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP (2010-2016). Publicou 115 artigos em periódicos especializados e 144 trabalhos em anais de eventos. Possui 13 capítulos de livros e 4 livros publicados/organizados ou edições. Orientou 25 mestrados e 8 doutorados. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia e serviços de saúde, inquéritos de saúde, morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Chester Luiz Galvão Cesar
Nome em citações bibliográficas	CESAR, C. L. G.; CESAR, CHESTER LUIZ GALVÃO; CÉSAR, CHESTER LUIZ GALVÃO

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617710 Fax: (11) 30812108
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1982 - 1989	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL EM COTIA E V.G.PAULISTA-SP, 1984-1985, Ano de obtenção: 1989. Orientador: SABINA LÉA DAVIDSON GOTTLIEB. Palavras-chave: Fatores de Risco; Mortalidade Infantil; Valor de Predição de Testes. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde Humana.
1978 - 1980	Mestrado em Medicina Social. University of London, UL, Inglaterra. Título: UTILIZACION OF MATERNITY AND INFANT CARE IN AN URBAN DISTRICT IN BRASIL, Ano de Obtenção: 1980. Orientador: GODFREY J.A. WALKER. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde Humana.
1972 - 1972	Especialização em Medicina Tropical. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1972 - 1972	Especialização em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Mirna Namie Okamura

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6458306152102575>

Última atualização do currículo em 19/02/2019

Mestre em Saúde Pública na área de Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2003). Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (1987), e em Administração de Empresa - Faculdades Oswaldo Cruz (1996). Tem experiência na área de saúde pública e hospitalar. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Mirna Namie Okamura
Nome em citações bibliográficas	OKAMURA, Mirna Namie; OKAMURA, MIRNA NAMIE

Endereço

Endereço Profissional	Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde do Estado de São Paulo, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Rua General Jardim - lado par Vila Buarque 01223010 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 33972253
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2015	Doutorado em andamento em Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Título: INQUÉRITOS DOMICILIARES DE SÃO PAULO - SÉRIE HISTÓRICA DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.
2000 - 2003	Orientador: ☺ Chester Luiz Galvão Cesar. Mestrado em Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Título: Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Tuberculose atendidos em um Hospital Geral Universitário, 1999-2001, Ano de Obtenção: 2003. Orientador: ☺ Eliseu Alves Waldman. Palavras-chave: tuberculose; morbidade hospitalar; epidemiologia hospitalar. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1991 - 1996	Graduação em Administração. Faculdades Oswaldo Cruz, FOC, Brasil.
1984 - 1987	Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

2018 - 2018	Análise de Situação de Saúde: Conceitos, interpretação e uso dos indicado. (Carga horária: 30h). Sistema Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS, Brasil.
2017 - 2017	O Tabwin aplicado ao sistema de Nascidos Vivos - SINASC. (Carga horária: 42h). Prefeitura Municipal de São Paulo, PMSP, Brasil.
2017 - 2017	Revisão Sistemática da Literatura: Conceitos Básicos. (Carga horária: 8h). Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO, Brasil.
2017 - 2017	Metanálise: Conceitos Básicos. (Carga horária: 7h). Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO, Brasil.
2017 - 2017	Capacitação do Sistema Ouvidor SUS Nível I. (Carga horária: 20h). Prefeitura Municipal de São Paulo, PMSP, Brasil.