



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA-SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

PREVALÊNCIA DE HÉRNIA INGUINAL E FATORES ASSOCIADOS EM HOMENS ADULTOS DE PELOTAS, RS

IRINEO SCHUCH ORTIZ

ORIENTADORA: Dra. ANA MARIA BAPTISTA MENEZES

CO-ORIENTADOR: Ms. PEDRO CURTI HALLAL

Projeto de Pesquisa

Pelotas-RS

2003

Agradecimentos

Um agradecimento especial a todo o corpo docente do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, na pessoa do Prof. César Victora.

À Profa. Ana Meneses em particular e ao Mestre Pedro R. C. Hallal, pela dedicação e companheirismo, meu profundo agradecimento.

Ao Prof. Félix I. Santos, por seu apoio e orientação.

E um agradecimento, associado a pedido de desculpas, pelo tempo roubado à companhia com a família, à minha esposa Clarice e meu filho Gustavo.

Sumário	
Capa	i
Agradecimentos	ii
Sumário	iii
Projeto	1
Introdução	2
Justificativa	7
Objetivos	9
Hipóteses	10
Metodologia	12
Delineamento	12
População externa	13
População-alvo	13
Critérios de exclusão	13
Processo de amostragem	13
Cálculo de tamanho de amostra	14
Variável dependente	18
Variáveis independentes	19
Instrumentos	20
Estudo de validação	21
Logística	22
Processamento e análise de dados	22
Modelo de análise	25
Aspectos éticos	26
Cronograma	26

Divulgação dos resultados	27
Referências bibliográficas	28
Relatório do trabalho de campo	33
Introdução	34
Delineamento	34
Instrumento de pesquisa (Questionário)	34
Manual de instruções	35
Processo de amostragem	35
Reconhecimento dos setores sorteados	36
Seleção das entrevistadoras	37
Treinamento das entrevistadoras	37
Estudo pré-piloto	38
Estudo piloto	38
Trabalho de campo	39
Digitação	40
Controle de qualidade	40
Perdas, recusas e exclusões	40
Modificações realizadas ao longo do trabalho de campo	41
Relatório específico do trabalho de campo do sub-estudo de validade da hérnia auto-referida	42
Press release:	44
Hérnia inguinal em homens adultos de Pelotas	45
Artigo	46
Abstract	47
Introduction	48



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA-SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

PREVALÊNCIA DE HÉRNIA INGUINAL E FATORES ASSOCIADOS EM HOMENS ADULTOS DE PELOTAS, RS

IRINEO SCHUCH ORTIZ

ORIENTADORA: Dra. ANA MARIA BAPTISTA MENEZES

CO-ORIENTADOR: Ms. PEDRO CURI HALLAL

Projeto de Pesquisa

Pelotas-RS

2003

INTRODUÇÃO

Embora a hérnia inguinal seja o motivo mais freqüente para cirurgia em países desenvolvidos (Rutkow, 1998) com quase 700.000 operações por ano nos Estados Unidos (Lichtenstein et al, 1998), os estudos epidemiológicos sobre sua freqüência na população são muito raros. Em conseqüência, também são escassos os dados sobre os fatores de risco associados a esta morbidade.

Hérnia é a protusão de uma estrutura através de uma abertura normal ou anormal das paredes em torno da cavidade que a contém (Lex, 1988). Uma definição mais precisa inclui a abertura através da qual a protusão pode ocorrer (Netter et al, 1967). Esta última definição abrange situações em que houve reversão da protusão ou quando esta ainda não ocorreu, mas cuja possibilidade pode ser reconhecida. A hérnia inguinal é a que ocorre na região inguino-abdominal. Embora seja em geral de início insidioso e não cause desconforto maior, sua protusão (intermitente ou não) vai crescendo com o passar do tempo, podendo assumir um papel incapacitante para os indivíduos acometidos.

Rutkow (1998) cita os primeiros estudos sobre hérnia inguinal como tendo sido realizados há mais de dois séculos, quando duas séries de casos foram relatadas, por Arnaud, 1748 e Malgaigne, 1841. Através de uma estimativa baseada em cálculos matemáticos, Malgaigne (1841) projetou a prevalência de hérnia inguinal na França em 3,2%.

Além dos trabalhos históricos mencionados acima, Rutkow (1998) só menciona três trabalhos: a) o levantamento de Abramsom et al (1978) conduzido em Jerusalém ocidental em que os indivíduos (homens) foram examinados; b) o

de Rubenstein et al (1983) em que foi utilizado um auto-relato através de um questionário para inscrição em companhia seguradora; c) o do National Center for Health Statistics (NCHS, 1975) utilizando entrevista sobre condições de saúde.

Abramsom et al (1978) encontraram em homens de 25 anos ou mais uma prevalência em toda a vida de hérnia inguinal referida de 7,6% e de hérnia inguinal detectável pelo exame físico de 18,3%. Entretanto, as prevalências de hérnia referida foram muito diferentes entre os grupos etários, sendo de apenas 1,0% entre os homens mais jovens (25 a 34 anos) e de 29,8% entre os mais velhos (>75 anos).

No estudo de Rubenstein et al (1983), a prevalência pontual de hérnia inguinal referida nos homens de 25 a 34 anos foi de 1,2%. Já no estudo do NCHS, (1975) a prevalência pontual de hérnia referida foi de 1,9% para os homens de todas as faixas etárias, sendo de 3,8% entre os homens de 45 a 64 anos.

O trabalho de Abramsom et al (1978), resumindo estudos comparativos de prevalência de hérnia em vários países, revela que os achados obtidos a partir de prontuários clínicos são marcantes subestimativas. O autor estima ainda que somente metade dos portadores de hérnia tem conhecimento da mesma.

O achado do estudo apresentado mostra que pesquisas em que se examina o sujeito, ao invés de simplesmente utilizar o auto-relato, tendem a encontrar prevalências marcadamente maiores de hérnia inguinal, pois as hérnias menores podem não ser facilmente identificáveis pelos próprios indivíduos. Outro resultado interessante é que a freqüência de hérnia inguinal referida cresce com a idade, provavelmente indicando um aumento do seu volume e conseqüente

possibilidade de detecção pelos indivíduos. Em contrapartida, a diferença entre a prevalência de hérnia inguinal “não referida” e da referida permanece estável.

Como mencionado anteriormente, os fatores de risco para hérnia inguinal também são pouco estudados. De acordo com Abrahanson (1998), Cooper, em 1804, listou uma série de possíveis fatores de risco para hérnia inguinal: tosse, prostatismo, obstipação, gravidez, obesidade e esforços excessivos, especialmente levantamento de peso. A associação entre os fatores acima e a hérnia inguinal se daria pelo aumento da pressão intra-abdominal, que excederia a capacidade de resistência da parede abdominal, em seu local de menor resistência.

Em contrapartida, Abrahanson (1998) postula que quando a pressão intra-abdominal é aumentada ativamente, isto é, pela contração dos músculos abdominais, um mecanismo fisiológico obturador (de fechamento) do anel inguinal profundo (Lytle, 1970), e da fáscia transversal, é ativado, mobilizando mecanismos que se contrapõem à sobrecarga pelo aumento da pressão intra-abdominal. Quando a pressão abdominal é aumentada passivamente, com os músculos abdominais relaxados, os mecanismos citados não são ativados, de modo que a fáscia transversal se vê sozinha para se contrapor ao aumento da pressão intra-abdominal. Esta situação pode ocorrer na gravidez, em casos de ascite crônica, em casos de derivação (shunt) ventrículo-peritônioal para o tratamento de hidrocefalia e em diálise peritônioal ambulatoria crônica, quando o anel inguinal profundo e a fáscia transversal em conjunto com o restante da parede abdominal são passivamente estirados e adelgaçados. Liechtenstein et al (1993), por outro lado, considera insignificante a resistência da fáscia transversal, atribuindo a

mesma somente à da parede músculo-aponeurótica. Pode-se cogitar ainda que a própria potência da contração muscular da área contribuiria para a resistência à formação de hérnia.

Estas duas teorias têm importantes implicações relativas aos fatores de risco para hérnia inguinal. Caso a primeira teoria estivesse correta, qualquer fator que provocasse aumento da pressão intra-abdominal deveria ser fator de risco para hérnia, tais como os postulados por Cooper. No entanto, caso a segunda teoria estivesse correta, somente os fatores que causassem aumento passivo da pressão intra-abdominal deveriam ser fatores de risco para hérnia (gravidez, por exemplo) e, possivelmente, o potencial de contração e a resistência do componente muscular da parede abdominal na região inguinal poderiam ser fatores protetores contra esta morbidade, como a adquirida pela prática de atividades físicas que envolvam a parede abdominal. Nas hérnias traumáticas, o mecanismo de formação da hérnia seria o aumento súbito da pressão intra-abdominal de modo passivo.

Em detrimento da teoria de Cooper, o estudo de Abramsom (1978) não encontrou associação entre hérnia inguinal e seguintes fatores: tosse, prostatismo, obstipação, obesidade e esforço excessivo, incluindo levantamento de peso. Ao contrário, com relação ao excesso de peso corporal, foi encontrada uma associação protetora, o que também foi observado no estudo de Liem et al (1997) que incluiu apenas mulheres. Com raciocínio inverso, poderia se cogitar que o estado nutricional “deficiente” poderia ser um fator predisponente para hérnia inguinal.

Dois estudos encontraram predisposição familiar como fator de risco para hérnia inguinal (Atkin et al, 1997 e Liem et al, 1997). Além disso, o estudo de Liem et al (1997) indicou a prática de exercícios físicos vigorosos como fator protetor. Contudo, o estudo de Flich et al (1992) encontrou esforço físico como fator de risco. Dados de Cinesiologia e Anatomia Aplicada sugerem que esses achados podem não ser contraditórios; e que também poderia ser importante se estudar o componente de prática de exercícios abdominais, bem como o andar de bicicleta e o subir escadas, dentro da atividade física (Wihred, 1986; Rasch 1991). Há outra fonte de evidência, de que a musculatura na região inguinal tem importância na patogênese da hérnia inguinal (Gue, 1972).

Um trabalho teórico, baseado em estudo de casos e controles, (Cannon & Read, 1981) postula que o tabagismo também possa ser um fator de risco para hérnia inguinal.

JUSTIFICATIVA

A revisão de literatura realizada indica a necessidade de estudos que avaliem a freqüência de hérnia inguinal, já que não foi encontrado nenhum estudo de base populacional nos últimos 20 anos sobre esta morbidade. Da mesma forma, mais estudos sobre os fatores de risco para hérnia inguinal são importantes, visto existirem teorias divergentes sobre o tema, sendo escassos os trabalhos encontrados se posicionando contra e a favor de cada uma delas, levantando algumas questões relativas aos fatores associados a esta morbidade.

O esforço físico, por exemplo, foi encontrado como fator de risco para hérnia inguinal em um estudo de casos e controles, (Flich et al, 1992) enquanto a prática de atividades físicas vigorosas foi fator protetor em outro estudo de casos e controles (Liem et al, 1997). Contudo, nenhum dos dois mencionou a possibilidade de causalidade reversa, isto é, da interrupção da atividade física pela ocorrência da hérnia.

Além disso, o impacto da hérnia inguinal para o sistema de saúde é alto, sendo a herniorrafia inguinal a cirurgia praticada com mais freqüência nos países desenvolvidos (Lichstein et al, 1993; Schumplieck et al, 1994; Liem et al, 1997). Um quinto das hérnias leva os indivíduos a ficarem acamados com número médio de 20 a 30 dias de restrição ao leito por ano (NCHS, 1975).

Os resultados desta investigação podem indicar alguns comportamentos que previnam a hérnia inguinal ou que aumentem seu risco (prática regular de atividades físicas e tabagismo, respectivamente), sendo ambos passíveis de intervenção preventiva.

Acredita-se que os resultados desta investigação possam contribuir para o esclarecimento de fatores associados à hérnia inguinal.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

- Estudar a prevalência de hérnia inguinal referida e alguns fatores associados em homens adultos e idosos de Pelotas, RS
- Estabelecer a validade da informação referida através de comparação com exame clínico realizado por médico treinado.

Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência de hérnia inguinal referida em adultos e idosos de Pelotas, RS;
- Medir a prevalência de hérnia inguinal por exame físico em uma sub-amostra de adultos e idosos de Pelotas, RS;
- Medir a concordância entre a prevalência de hérnia inguinal referida com a prevalência de hérnia inguinal detectada por exame clínico.
- Analisar a associação entre hérnia inguinal referida e as seguintes variáveis:
 - Idade
 - História familiar
 - Prática de atividades físicas
 - Prática de exercícios abdominais
 - Utilização de bicicleta como meio de transporte
 - Tabagismo

- Índice de massa corporal (IMC)
- Obstipação
- Tosse crônica
- Subir escadas diariamente
- Freqüência de levantamento de peso no trabalho

- *Nível socioeconômico*

HIPÓTESES

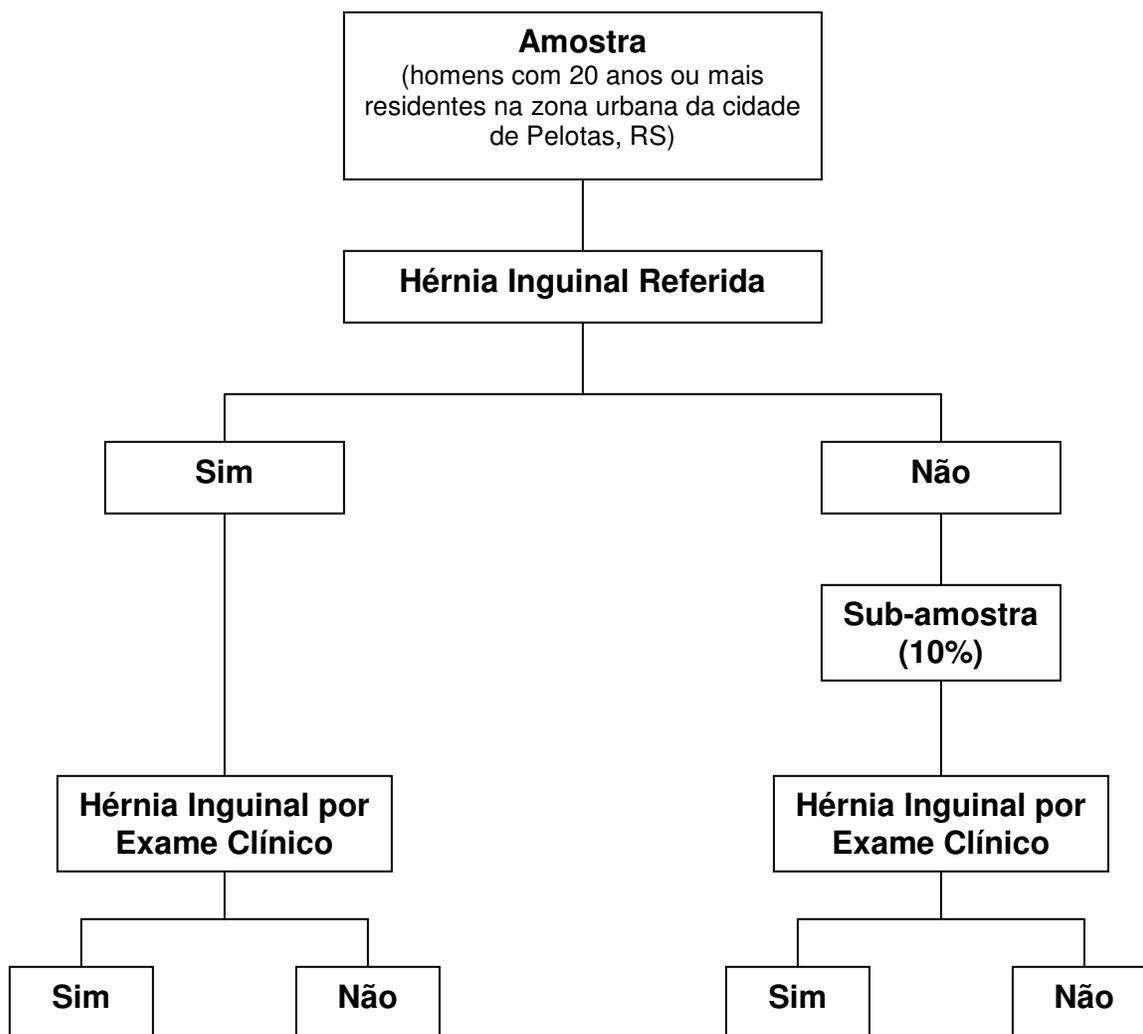
- A prevalência de hérnia inguinal é de 8%;
- O relato de hérnia inguinal apresenta uma sensibilidade de 85% e uma especificidade próxima de 100% em comparação com o exame clínico;
- A prevalência de hérnia inguinal referida se associa diretamente com a idade;
- História familiar é fator predisponente para hérnia inguinal;
- A prática de atividades físicas se associa inversamente com hérnia inguinal;
- A prática de exercícios abdominais reduz o risco para hérnia inguinal;
- A utilização da bicicleta como meio de transporte reduz o risco de ocorrência de hérnia inguinal;
- A prevalência de hérnia inguinal é maior nos fumantes do que nos não fumantes;

- O IMC se associa inversamente com a ocorrência de hérnia inguinal;
- A prevalência de hérnia inguinal se associa diretamente com obstipação;
- A frequência de hérnia inguinal é maior entre os indivíduos com tosse crônica.
- A atividade de subir escadas diariamente reduz o risco de hérnia inguinal.
- Os indivíduos que geralmente ou sempre levantam ou carregam peso no trabalho apresentam maior risco para hérnia inguinal.
- O nível socioeconômico se associa inversamente com a hérnia inguinal.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO

O delineamento do estudo será transversal de base populacional. Concomitantemente, será realizado um estudo de validação do relato de hérnia inguinal através de comparação com o diagnóstico de um médico treinado. O esquema do delineamento do estudo encontra-se abaixo.



POPULAÇÃO EXTERNA

Indivíduos adultos e idosos do sexo masculino.

POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo será constituída por indivíduos do sexo masculino com 20 anos de idade ou mais residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os indivíduos institucionalizados (asilos, prisões, etc) ou com incapacidade mental que os impeça de responder o questionário.

PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O processo de amostragem foi elaborado para satisfazer uma pesquisa de vários aspectos de saúde na comunidade, realizada em consórcio por um conjunto de mestrandos, cada um estudando diferentes temas.

A amostra foi selecionada em múltiplos estágios. Inicialmente, os 408 setores censitários do município, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram listados em ordem crescente pela renda média dos chefes de família. Quatro setores foram excluídos por incluírem apenas domicílios coletivos. O número total de domicílios de Pelotas (92.407) foi dividido por 144 (número de setores a serem visitados), de forma a se obter o intervalo para seleção sistemática dos setores respeitando a probabilidade

proporcional ao tamanho (intervalo=642). Foi selecionado um número aleatório entre 1 e 642 (número 88). O setor que incluía este domicílio foi o primeiro a ser selecionado, sendo os setores subseqüentes selecionados pela adição do intervalo de 642, até o final da lista de domicílios. O número exato de domicílios a serem visitados em cada setor foi definido, com a média de 10 domicílios por setor. Em cada um dos setores foram listados todos os domicílios e foi determinado o intervalo para sorteio sistemático dos domicílios da amostra, que foi o número de domicílios listados pelo levantamento realizado pelo IBGE, no ano de 2000 dividido por 10, de uma forma com que os setores tivessem uma representação na amostra total proporcional ao tamanho. O intervalo entre os domicílios a serem sorteados ficou entre 21 a 31 e o número aleatório inicial de cada setor foi sorteado entre 1 e o número do intervalo do setor, por um programa de números aleatórios do Stata 7.0.

CÁLCULO DE TAMANHO DE AMOSTRA

Foram realizados diversos cálculos de tamanho de amostra para atender aos objetivos do projeto. O primeiro cálculo baseou-se em uma prevalência estimada de hérnia inguinal referida de 8% com erro aceitável de 2 pontos percentuais. Acrescentando-se 10% para eventuais perdas e recusas, a amostra necessária deveria incluir 777 indivíduos.

No cálculo para avaliar a associação entre hérnia inguinal referida e as variáveis independentes, utilizaram-se os seguintes parâmetros fixos: nível de confiança de 95%, poder de 80%, risco relativo a ser detectado de 2,0 (exceto

para idade > 60 anos, onde se utilizou risco de 2,5). Os pormenores dos cálculos de amostra para estudo de associação estão apresentados no Quadro 1.

As estimativas de frequências das exposições foram buscadas na literatura, conforme mostrado abaixo:

- Idade acima de 60 anos (consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – PPGE - 2001-2002)
- História familiar (Liem et al, 1997; Flich et al, 1997)
- Inatividade física no lazer (Barros & Nahas, 2001)
- Prática de exercícios abdominais (estudo pré-piloto, do consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia 2003-2004)
- Uso de bicicleta como meio de transporte (estudo pré-piloto, do consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia 2003-2004)
- Tabagismo (consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia 2001-2002)
- Sobrepeso (consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia 2001-2002)
- Obstipação (Liem et al, 1997)
- Tosse crônica (estudo Platino, 2003)
- Subir escadas diariamente (Lee et al, 1992)
- Levantamento de peso no trabalho (Silva, 2002)

- Nível socioeconômico (consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia 2001-2002)

A maior amostra necessária conforme os cálculos apresentados é de 1422 indivíduos. Estima-se que o número médio de homens com 20 anos ou mais em cada domicílio seja 0,94 (consórcio de mestrado PPGE 2001-2002). Desta forma, seriam necessários 1512 domicílios. Tendo em vista que serão visitados cerca de 1440 domicílios, o poder para avaliar a associação entre hérnia referida e subir escadas diariamente será de aproximadamente 77%.

Quadro 1 – Cálculos de tamanho de amostra para estudo de associação.

Variável	Frequência exposição	Prevalência de HIR nos não expostos	N1*	N2 =N1+10%	N3 =N2#+1 5%
Idade >60	18%	6%	617	679	781
História familiar	27%	6%	930	1023	1177
Inatividade física	70%	6%	961	1058	1217
Prática de abdominais	25%	6%	972	1070	1231
Não uso de bicicleta	30%	6%	880	968	1114
Tabagismo	27%	6%	930	1023	1177
Sobrepeso	50%	6%	778	856	985
Obstipação	22%	6%	1055	1161	1336
Tosse crônica	22%	6%	1055	1161	1336
Subir escadas	20%	6%	1125	1237	1422

diariamente					
Levantamento de peso no trabalho	28%	6%	911	1002	1152
Nível socioeconômico baixo	30%	6%	880	968	1114

HIR: hérnia inguinal referida

* N1: Número necessário de pessoas sem contar acréscimos

N2: N1 mais acréscimo de 10% para eventuais perdas e recusas

VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente será o relato de hérnia inguinal, sendo a pergunta feita da seguinte forma: “O Sr. tem ou já teve *rendidura ou hérnia na virilha*?” Além disso, será questionado há quanto tempo o indivíduo tem a hérnia, se o indivíduo já foi operado de hérnia inguinal, há quanto tempo foi operado e a presença de recidiva.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes serão:

- Idade: a ser coletada de forma numérica discreta (anos completos) e categorizada posteriormente;
- História familiar: será questionada a história de hérnia inguinal em pelo menos um dos seguintes parentes de primeiro grau (pai, mãe, irmãos e filhos);
- Prática de atividades físicas: será avaliada a prática de atividades físicas no período de lazer. Inatividade física no lazer será definida como prática inferior a 150 minutos por semana de atividades de intensidade moderada ou inferior a 60 minutos de atividades vigorosas;
- Prática de exercícios abdominais: será questionada a prática atual de exercícios abdominais. Em casos de resposta positiva, será avaliada a frequência semanal;
- Utilização de bicicleta como meio de transporte: será questionado o uso regular de bicicleta como meio de transporte e a distância diária percorrida;
- Tabagismo: serão considerados fumantes os indivíduos que relatarem consumo de ao menos um cigarro por dia nos últimos 30 dias. Em casos de resposta positiva, será avaliada a quantidade de cigarros fumados por dia. Em caso de não fumantes, será perguntado se estes são ex-fumantes ou nunca fumaram;
- IMC: o IMC será calculado a partir de informações referidas de peso e altura. Sobrepeso será definido como $IMC > 24,9 \text{ kg/m}^2$;

- Obstipação: será questionado se os indivíduos costumam apresentar “prisão de ventre”;
- Tosse crônica: será perguntado se o indivíduo costuma apresentar tosse mesmo sem estar resfriado.
- Subir escadas diariamente: será perguntado se o indivíduo costuma subir escadas em casa ou no trabalho diariamente e quantos lances diários.
- Levantamento de peso no trabalho: será questionada a frequência com que o indivíduo carrega ou levanta peso no local de trabalho (nunca, raramente, geralmente ou sempre).
- Nível socioeconômico: será avaliada a partir da Classificação Econômica Brasil proposta pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP).

INSTRUMENTOS

Este estudo faz parte de uma investigação sobre a saúde da população da cidade de Pelotas, RS. O instrumento de coleta de dados será dividido em três partes principais:

- 1) Questionário domiciliar: perguntas sobre a família e condição socioeconômica, a ser respondido por um morador do domicílio (de preferência, a dona da casa);
- 2) Questionário individual geral: perguntas de interesse de todos os pesquisadores, como características demográficas (sexo, idade), comportamentais (tabagismo), a ser respondido separadamente por cada um dos moradores dos domicílios sorteados elegíveis para a pesquisa;

- 3) Questionário sobre hérnia inguinal: perguntas de interesse específico do autor deste projeto, a ser respondido separadamente por cada um dos moradores dos domicílios sorteados do sexo masculino, com 20 anos ou mais de idade e que não preencherem os critérios de exclusão (Anexo 1).

ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Concomitantemente ao trabalho de campo, será realizado um estudo de validação do relato de hérnia inguinal através de comparação com exame físico realizado por médico treinado. O médico realizará uma re-visita a todos os entrevistados que relatarem presença de hérnia inguinal e 10% dos demais, sendo estes pareados aos primeiros por idade (± 5 anos). O intervalo entre a primeira e a segunda visita não excederá quinze dias.

O cálculo de tamanho de amostra para este estudo utilizou os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, sensibilidade estimada de 85%, erro aceitável de 5 pontos percentuais, resultando em uma amostra necessária de 196 indivíduos. Tendo em vista a estimativa de 8% de hérnia inguinal referida, espera-se encontrar 110 casos se forem incluídos na amostra 1440 domicílios. Assim, o grupo controle será composto de outros 110 indivíduos, sorteados entre os indivíduos pareáveis de setores de nível socioeconômico equivalente, totalizando 220 sujeitos, o que seria suficiente para atender o cálculo acima incluindo um acréscimo de 10% para eventuais perdas e recusas nesta parte do estudo.

O questionário para este estudo está apresentado no Anexo 2.

LOGÍSTICA

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas individuais. As entrevistadoras serão do sexo feminino e deverão apresentar ensino médio completo e terem disponibilidade integral de horário. A coleta de dados tem previsão estimada de 60 dias.

A equipe de trabalho de campo será composta das entrevistadoras, supervisores do trabalho de campo (n=16) e auxiliares para digitação e arquivamento de material. Será sorteada uma amostra de 10% dos indivíduos entrevistados, aos quais será aplicado um questionário reduzido pelos supervisores do trabalho de campo com fins de controle de qualidade e cálculo de repetibilidade de algumas perguntas. No caso específico deste projeto, a pergunta a ser incluída neste controle de qualidade será a que se relaciona ao desfecho: “O Sr. tem ou já teve *rendidura* ou *hérnia na virilha*?”

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Será realizada dupla digitação com checagem automática de amplitude e consistência através do Programa Epi-Info 6.04d. A análise dos dados será realizada nos pacotes estatísticos SPSS 8.0 e Stata 7.0.

A análise de dados será conduzida de acordo com os seguintes procedimentos:

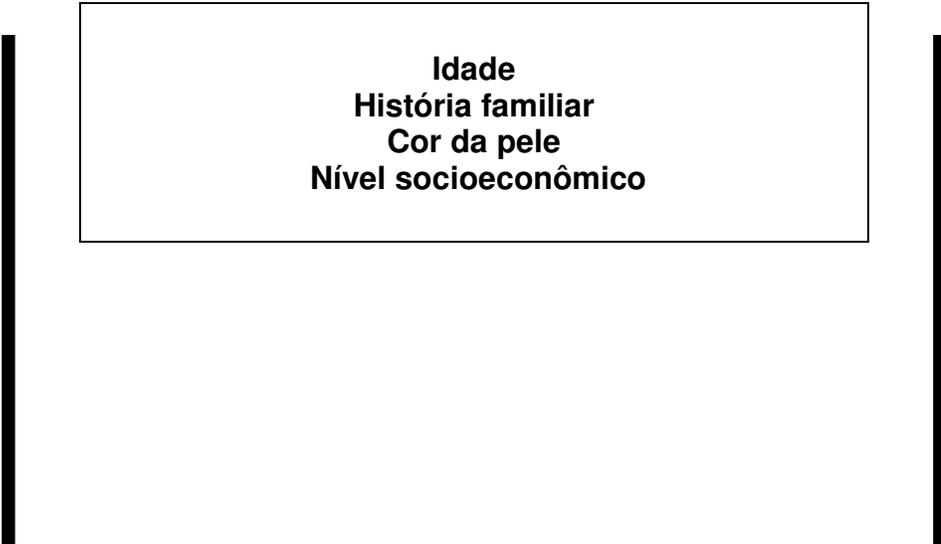
- a) Análise descritiva exploratória do banco de dados (variável dependente e variáveis independentes), com cálculos da média, mediana, desvio-padrão

e amplitude para as variáveis contínuas e prevalência e intervalo de confiança para as variáveis categóricas;

- b) Avaliação da validade da informação de hérnia inguinal referida, através de cálculos de sensibilidade, especificidade e valores preditivos em comparação com o “método de referência”, no caso o exame físico realizado por médico treinado;
- c) Determinação da prevalência de hérnia inguinal referida e da prevalência corrigida de hérnia com base nos resultados do item b;
- d) Análise bruta entre o desfecho e cada uma das variáveis independentes, por meio do teste do qui-quadrado para os preditores história familiar, inatividade física no lazer, prática de exercícios abdominais, utilização de bicicleta como meio de transporte, tabagismo, sobrepeso, obstipação, tosse crônica e subir escadas diariamente, nível socioeconômico; e do teste de tendência linear para os preditores idade e frequência de carregamento/levantamento de peso. Caso exista poder para se dividir as variáveis atividade física no lazer, utilização de bicicleta como meio de transporte, prática de exercícios abdominais, tabagismo e IMC em mais de dois grupos, também será utilizado o teste de tendência linear para avaliar uma relação de dose-resposta com o desfecho.
- e) Análise multivariável por regressão logística não condicional, na qual a presença de hérnia será a variável dependente e as demais variáveis serão incluídas no modelo de regressão com base em um modelo hierarquizado de análise. Este método ajusta o efeito de cada variável independente

sobre o desfecho aos preditores do mesmo nível ou de níveis acima no modelo hierárquico (Victora et al, 1998).

MODELO DE ANÁLISE



**Idade
História familiar
Cor da pele
Nível socioeconômico**

Prática de atividades físicas no lazer
Prática de exercícios abdominais
Utilização de bicicleta como meio de transporte
Tabagismo
IMC
Subir escadas diariamente
Levantamento/carregamento de peso no trabalho

Obstipação
Tosse crônica

Hérnia inguinal

ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O sigilo dos dados individuais

será garantido a as entrevistas somente serão conduzidas após consentimento verbal dos indivíduos.

No estudo da sub-amostra também será solicitado o consentimento explícito dos indivíduos, sendo que será dada a possibilidade de tratamento em serviço público para todos os casos confirmados de hérnia inguinal.

CRONOGRAMA

Atividade	2003	2004
Elaboração do projeto de pesquisa	Março/Setembro	
Revisão de literatura	Março/Dezembro	Janeiro/Dezembro
Preparação do instrumento	Maio/Outubro	
Estudo pré-piloto	Julho	
Processo de amostragem	Setembro	
Seleção de pessoal	Outubro	
Treinamento de pessoal	Novembro	
Estudo piloto	Novembro	
Coleta de dados principal	Novembro/Dezembro	Janeiro/Março
Coleta de dados estudo de validação	Novembro/Dezembro	Janeiro/Março
Digitação	Novembro/Dezembro	Janeiro/Abril
Limpeza dos dados		Abril/Maio
Análise dos dados		Maio/Setembro
Redação		Outubro/Novembro
Defesa da dissertação		Dezembro

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão divulgados da seguinte forma:

- 1) Artigo para publicação em periódicos científicos.
- 2) Dissertação de mestrado a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.
- 3) Sumário dos resultados principais a ser entregue para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Pelotas e aos órgãos de comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahamson J. Etiology and pathophysiology of primary and recurrent groin hernia formation. *Surgical Clinics of North America* 1998;78:953-971.

Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Makler A. The epidemiology of inguinal hernia. *J Epidemiol Community Health* 1978;32:59-67.

Akin ML, Karakaya M, Batkin A, Nogal A. Prevalence of inguinal hernia in otherwise healthy males of 20 to 22 years of age. *J R Army Med Corps* 1997; 143:101-102.

Barros MV, Nahas M. Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers. *Rev Saude Publica* 2001;35:554-563.

Cannon DJ, Read RC. Metastatic emphysema. A mechanism for acquiring inguinal herniation. *Ann Surg* 1981;194:270-8.

Eubanks S. Hérnias In: *Tratado de Cirurgia: As Bases Biológicas da Prática Cirúrgica Moderna*. Ed: Sabiston DC, Lysterly HK 1997; Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Flich J, Alfonso JL, Delgado F, Prado MJ, Cortina P. Inguinal hernia and certain risk factors. *Eur J Epidemiol* 1992;8:277-282.

Gue JS. Development of right inguinal hernia following appendectomy. *Brit J Surg* 1972;59:352-353.

Lee IM, Paffenbarger RS, Hsieh CC. Time trends in physical activity among College Alumni 1962-1988. *Am J Epidemiol* 1992;135:915-925.

Lex A. Hérnias. In: *Clínica Cirúrgica*. Ed: Neto AC et al. 1988; Sarvier, São Paulo.

Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. The cause, prevention and treatment of recurrent groin hernia. *Surgical Clinics of North America* 1993; 73:529-544.

Liem MS et al. Risk factors for inguinal hernia in women: a case-control study. The Coala Trial Group. *Am J Epidemiol* 1997;146:721-6.

National Center for Health Statistics. *Prevalence of selected chronic digestive conditions, United States 1975*. Hyattsville. United States Department of Health, Education and Welfare, 1979.

Netter FH et al. *Hernia*. In: Ciba Collection. Ciba Pharmaceutical Company: New York, 1967.

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Consórcio de Pesquisa 2001-2002.

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Consórcio de Pesquisa 2003-2004 (estudo pré-piloto).

Programa e Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Projeto Platino 2003 (dados não publicados)

Rasch PJ. *Cinesiologia e Anatomia Aplicada* 1991. Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro.

Rutkow IM. Epidemiologic, economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990s. *Surgical Clinics of North America* 1998;78:941-951.

Schumpelick V, Treutner KH, Arlt G. Inguinal repair in adults. *Lancet* 1994; 344:375-379.

Silva MC. Prevalência de lombalgia e fatores associados em adultos de Pelotas, RS. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, 2002.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1998; 26:224-227

Wirhed R. *Atlas de Anatomia do Movimento*. Manole: São Paulo, 1986.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE HÉRNIA INGUINAL

1- O Sr. tem ou já teve rendidura ou hérnia na virilha?

(0) não → pule para 4

(1) sim

(9) IGN

2 - Há quanto tempo o Sr. sabe que tem ou teve a rendidura ou hérnia na virilha?

(resposta em anos) ___ ___

3- O Sr. já foi operado de rendidura ou hérnia na virilha?

(0) não

(1) sim – Se sim, há quantos anos? ___ ___

(9) IGN

4- Você tem algum parente: pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha que tem ou teve rendidura ou hérnia na virilha?

(0) não

(1) sim

(9) IGN

5- Quantas vezes por semana o Sr. costuma praticar exercícios abdominais?

(0) nunca ou menos de uma vez por semana

(1) uma vez por semana

(2) duas ou mais vezes por semana

(9) IGN

6- O Sr. costuma ter prisão de ventre?

(0) não

(1) sim

(9) IGN

7- O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado?

(0) não

(1) sim

(9) IGN

8- Com que freqüência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho?

(0) nunca

(1) raramente

(2) geralmente

(3) sempre

(9) IGN

9- Quantos lances ou andares de escada o Sr. costuma subir por dia em casa ou no trabalho?

__ __ → marque 00 se não utiliza escada diariamente

(99) IGN



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA-SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO 2003-2004

IRINEO SCHUCH ORTIZ

Pelotas-RS

2004

INTRODUÇÃO

Foi realizado um estudo sobre vários aspectos de saúde, na população urbana da cidade de Pelotas – RS. O trabalho de campo foi realizado em conjunto entre os demais mestrados do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Cada um desses, estudou um tema diferente, em um sistema de consórcio de pesquisa. Esta estratégia objetiva reduzir custos, agilizar o processo de execução do trabalho de campo e otimizar o controle de qualidade. O sistema de consórcio consistiu na elaboração de um instrumento de pesquisa (questionário) contendo questões gerais de interesse de todos os mestrados e questões específicas, relativas às pesquisas de cada um dos pesquisadores.

O presente é um relato das atividades desenvolvidas ao longo do trabalho de campo, desde seu planejamento até a padronização de seus resultados.

DELINEAMENTO

O delineamento do estudo foi transversal de base populacional.

INSTRUMENTO DE PESQUISA (QUESTIONÁRIO)

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário contendo 228 perguntas elaboradas pelos mestrados para suas pesquisas, divididas em quatro blocos:

Bloco A: 28 questões relativas à saúde de crianças de 3 a 9 anos, respondidas pela criança, pela mãe ou responsável.

Bloco B: 54 questões relativas a condições socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, dirigidas a adolescentes entre 10 a 19 anos de idade, de ambos os sexos.

Bloco C: 130 questões relativas a condições socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, dirigidas a adultos de ambos os sexos, de 20 anos ou mais de idade.

Bloco D: (Domiciliar) respondido apenas por um morador do domicílio (preferencialmente a dona da casa), contendo 16 questões socioeconômicas e familiares.

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Foi confeccionado um manual de instruções, que foi utilizado pelas entrevistadoras durante o trabalho de campo. Consistia de explicações gerais sobre a conduta na entrevista, normas de codificação e explicações específicas para cada uma das questões do questionário.

PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A amostra foi selecionada em múltiplos estágios. Inicialmente, os 408 setores censitários urbanos do município, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram listados em ordem crescente pela renda média dos chefes de família. Quatro setores foram excluídos por incluírem apenas domicílios coletivos. O número total de domicílios de Pelotas (92.407) foi dividido por 144 (número de setores a serem visitados), de forma a se obter o intervalo

para seleção sistemática dos setores respeitando a probabilidade proporcional ao tamanho (intervalo = 642). Foi selecionado um número aleatório entre 1 e 642 (número 88). O setor que incluía este domicílio foi o primeiro a ser selecionado, sendo os setores subseqüentes selecionados pela adição do intervalo de 642, até o final da lista de domicílios. O número exato de domicílios a serem visitados em cada setor foi definido, com a média de 10 domicílios por setor. Em cada um dos setores foram listados todos os domicílios e foi determinado o intervalo para sorteio sistemático dos domicílios da amostra, que foi o número de domicílios listados pelo levantamento realizado pelo IBGE, no ano de 2000, dividido por 10, de uma forma com que os setores tivessem uma representação na amostra total proporcional ao tamanho. O intervalo entre os domicílios a serem sorteados ficou entre 21 a 31 e o número aleatório inicial de cada setor foi sorteado entre 1 e o número do intervalo do setor.

RECONHECIMENTO DOS SETORES SORTEADOS

Após o sorteio dos 144 setores censitários, 32 auxiliares de pesquisa foram treinadas para realizar a contagem e identificação dos domicílios em cada um dos setores. Este procedimento foi adotado para atualizar os dados quanto ao número de residências e status ocupacional dos domicílios de cada setor, para após ser utilizado no sorteio sistemático dos domicílios e foi realizado entre 22 de setembro e 05 de outubro de 2003.

Com os domicílios designados pelo sorteio, os mestrandos foram nas residências sorteadas de seus respectivos setores para entregar uma carta de

apresentação. Neste contato, além da apresentação formal do pesquisador e do trabalho proposto, foram obtidos dados relativos ao número de moradores da residência, bem como, idade e sexo dos mesmos. Este contato facilitou o trabalho das entrevistadoras, visto os moradores já estarem aguardando a visita das mesmas.

A cada mestrando coube o reconhecimento e supervisão de nove setores censitários durante o trabalho de campo, além da supervisão do trabalho de duas auxiliares de pesquisa. Cada auxiliar recebeu um crachá de identificação, um documento de apresentação assinado pelo coordenador do Curso de Pós-graduação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL, e material necessário para realização do trabalho.

SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS

Determinou-se que as entrevistadoras seriam do sexo feminino, com 18 anos de idade ou mais, ensino médio completo e disponibilidade de, pelo menos, 40 horas semanais, incluindo sábados e domingos. As interessadas preencheram uma ficha de inscrição com dados pessoais, currículo resumido e horários disponíveis. Inscreveram-se 322 candidatas para participar do treinamento

TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

As candidatas aprovadas no processo de seleção foram submetidas a um treinamento de 40 horas, realizado no período de 20 a 24 de outubro de 2003, que

incluiu dramatizações, leitura explicativa do manual de instruções, questionário, etc. Ao final do treinamento, foram aplicadas provas teóricas e práticas.

As primeiras 32 classificadas iniciaram o trabalho de campo e as 45 restantes ficaram como suplentes, para o caso de desistência ou dispensa de alguma entrevistadora.

ESTUDO PRÉ-PILOTO

Entre 17 e 22 de julho foi realizado um estudo pré-piloto em um setor de nível econômico médio, que não fez parte dos setores censitários da amostra do estudo. As entrevistas foram realizadas pelos 16 mestrados com o objetivo de verificar a aplicabilidade das questões, refinar suas perguntas e estimar prevalências de fatos relacionados a temas específicos. Cada pesquisador se encarregou de 4 ou 5 domicílios, sendo realizadas, ao final deste estudo, 196 entrevistas.

ESTUDO PILOTO

Foi realizado em 23 e 24 de outubro de 2003, em um setor censitário, que não fez parte da amostra. Cada mestrado foi a campo com um grupo de candidatas a entrevistadora e as avaliou durante entrevistas completas. Neste estudo piloto foi utilizado questionário semelhante ao usado posteriormente no trabalho de campo.

Além da avaliação das entrevistadoras, as quais estiveram sob supervisão constante dos mestrados, se puderam verificar possíveis falhas nas questões, bem como no manual de instruções, com o conseqüente aperfeiçoamento dos

mesmos. A partir deste estudo piloto foi redigido o instrumento definitivo e iniciada a coleta de dados.

TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados foi realizada no período de 29 de outubro a 21 de dezembro de 2003 com prévia divulgação nos principais meios de comunicação da cidade de Pelotas. Foram visitados 1530 domicílios e entrevistados 4500 indivíduos divididos em 3100 adultos, 820 adolescentes e 580 crianças.

As entrevistas foram realizadas individualmente. No início, algumas reuniões entre os mestrandos e as entrevistadoras foram necessárias para esclarecer dúvidas relativas ao questionário, ao manual de instrução e à logística do trabalho de campo.

Houve reuniões semanais entre cada entrevistadora e seu supervisor, em que eram entregues os questionários preenchidos na semana anterior. Igualmente, eram esclarecidas dúvidas quanto à codificação das variáveis, respostas ao questionário e à logística do estudo, reforçado o uso do manual de instruções, controladas as planilhas de conglomerado e domiciliar, verificado o seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa, calibrada a balança e repostos o material utilizado.

Além das reuniões semanais, cada entrevistadora podia contatar seu supervisor para esclarecimento de alguma dúvida pontual. Nos finais de semana, houve uma escala de plantões para que as entrevistadoras pudessem dispor de um supervisor, caso necessário. Uma arquivista organizou todo o material destinado a pesquisa, assim como os questionários recebidos.

DIGITAÇÃO

Foi iniciada após o recebimento e revisão dos primeiros questionários entregues e finalizada no dia 09 de fevereiro de 2004. A digitação foi realizada por dois digitadores sob supervisão de uma arquivista, que recebia os questionários, dividia-os em lotes e os liberava para a digitação. Foi realizada dupla digitação.

CONTROLE DE QUALIDADE

Foram realizadas re-visitas em 10% dos domicílios da amostra, sorteados aleatoriamente. Um questionário padronizado e simplificado foi utilizado nestas entrevistas. Tais re-visitas foram realizadas para garantir a confiabilidade e veracidade das informações obtidas. Elas foram feitas em um prazo máximo de 14 dias a partir da visita da entrevistadora.

PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES

Foram consideradas perdas ou recusas todos os indivíduos da amostra que após, pelo menos, em três visitas da entrevistadora e, pelo menos, uma visita do supervisor de campo não foi possível o preenchimento do questionário.

A proporção final geral de perdas e recusas do consórcio de pesquisa foi de 3,0%, ou seja, das 4639 pessoas elegíveis para o estudo 139 foram consideradas perdas ou recusas. Destas, 55,8% foram do sexo masculino e 44,2% do sexo feminino. No bloco A (crianças) a proporção de perdas e recusas foi de 1,5% enquanto nos blocos B (adolescentes) e C (adultos) foi de 1,9% e 3,6%, respectivamente.

As exclusões (1,0%) caracterizaram-se por indivíduos não elegíveis para o estudo de acordo com critérios pré-estabelecidos, os quais foram: doentes mentais, moradores do domicílio com idades inferiores a três anos, indivíduos que estivessem morando temporariamente no local ou empregadas domésticas que não dormissem no domicílio.

MODIFICAÇÕES REALIZADAS AO LONGO DO TRABALHO DE CAMPO

Algumas mudanças em relação ao projeto de pesquisa original foram realizadas. As exposições que poderiam variar com o tempo, tais como: prática de atividade física, levantamento de peso, obstipação, tosse, fumo, etc não foram incluídas na análise transversal devido à possibilidade de viés de causalidade reversa. Essas variáveis serão analisadas posteriormente, utilizando como delineamento um estudo de casos e controles. Isto será possível, visto que para o sub-estudo de validade do auto-relato de hérnia inguinal, o investigador principal visitou todos aqueles entrevistados que haviam referido presença de hérnia e uma sub-amostra de pessoas sem relato de hérnia.

RELATÓRIO ESPECÍFICO DO TRABALHO DE CAMPO DO SUB-ESTUDO DE VALIDADE DA HÉRNIA AUTO-REFERIDA

Para estar apto a realizar o exame e diagnóstico de hérnia inguinal, o pesquisador principal fez um re-treinamento em ambulatório de cirurgia geral até demonstrar um bom nível de concordância de seu exame com o dos médicos deste ambulatório. Além disso, acompanhou algumas herniorrafias (não endoscópicas) para se familiarizar com os achados cirúrgicos de casos de hérnia inguinal.

A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2003 a setembro de 2004. De posse dos endereços dos indivíduos o pesquisador estabelecia contato pelo telefone e marcava uma visita ao indivíduo pesquisado. No caso de não haver telefone, chegava no domicílio mesmo sem avisar. Apresentava-se, entrevistava e examinava o indivíduo e anotava os achados em folha padronizada para os dados.

Em geral as visitas eram planejadas para ocorrerem várias no mesmo dia e no mesmo setor ou em setores próximos, mas muitas tentativas de visitas resultavam infrutíferas. Com freqüência muitos indivíduos alegavam compromissos que os impediam de aguardar o pesquisador. Também utilizou o telefone como forma de contato com alguns indivíduos. Da mesma forma, apesar do agendamento prévio, com freqüência alguns não eram encontrados em casa. Como houve necessidade de retornar várias vezes ao mesmo setor ou em setores próximos, várias tentativas de visita foram feitas para os indivíduos ainda não examinados.

Os achados levaram à recodificação dos resultados do exame pela manobra de Bailey. Os resultados não previstos para a manobra de Bailey foram anotados em setor anexo do questionário domiciliar.

Foram consideradas perdas todos os indivíduos da amostra que em pelo menos três tentativas, não foram encontrados e que em, no mínimo de cinco tentativas, alegaram motivos para não serem visitados na ocasião. Seu número foi 30. Foram consideradas recusas os indivíduos que se recusaram a colaborar com a pesquisa. Também foram consideradas recusas os indivíduos que, mesmo concordando com a visita e com responder ao questionário, recusaram-se a fazer o exame físico. Seu número foi 8.

Foram consideradas exclusões os indivíduos que, por suas condições físicas pudessem sofrer algum risco pelo exame. Isto aconteceu em dois casos, um indivíduo com muita dispnéia, em convalescença de um infarto agudo do miocárdio e outro indivíduo, internado em uma unidade de tratamento intensivo coronário.

Tendo em vista que os casos de hérnia com menos de 25 anos de idade não foram incluídos no sub-estudo de validação, o N total foi de 196 (156 entrevistados e 40 perdas, recusas ou exclusões). Além destes, quatro dos 156 se recusaram fazer o exame físico, totalizando 152 exames feitos. A exclusão dos casos abaixo de 25 anos foi definida para aumentar a comparabilidade com o estudo de Abramson et al (1978).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA-SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

PREVALÊNCIA DE HÉRNIA INGUINAL E FATORES ASSOCIADOS EM HOMENS ADULTOS DE PELOTAS, RS

IRINEO SCHUCH ORTIZ

ORIENTADORA: Dra. ANA MARIA BAPTISTA MENEZES

CO-ORIENTADOR: Ms. PEDRO CURI HALLAL

Press release

Pelotas-RS

2005

Hérnia Inguinal em homens adultos de Pelotas

Um estudo recente pesquisou a ocorrência de hérnia inguinal (ou rendidura na virilha), na população adulta masculina da zona urbana de Pelotas. Dos 1343 homens estudados, 8,6% relataram uma história de hérnia na virilha. Quase 2/3 destes realizaram operação para correção da hérnia. Todas as pessoas que relataram história de hérnia e algumas daquelas que não relataram foram examinadas por um médico. Entre as pessoas examinadas que não haviam relatado história de hérnia, detectou-se hérnia no exame físico em 20%.

Isto pode ser devido a existir um tipo de hérnia que já se insinua entre os músculos da parede da região inguinal (ou virilha), mas ainda não se tornou notável em baixo da pele. Se isso for detectado no exame médico e essas pessoas não tiverem sintomas, devem ser alertadas para qualquer sinal de aparecimento da hérnia. Havendo sintomas, estes indivíduos devem consultar um cirurgião geral. Naqueles em que é óbvia a existência de hérnia, a decisão de operar deve ser tomada em conjunto com seu médico.

Quanto à idade de aparecimento da hérnia, verificou-se a que incidência o surgimento da mesma tem um pico nos primeiros 5 anos, seguido de outro pico aos 25 anos e pequena elevação aos 45 anos, mantendo-se estável pelo resto da vida.

Também foi constatado que não há associação entre hérnia inguinal e raça ou estado socioeconômico. O conhecimento da ocorrência da hérnia inguinal e seus fatores associados pode contribuir significativamente para o tratamento preventivo da mesma.

**Prevalence of self-reported inguinal hernia and its validity for
epidemiological research: a population-based study in Southern Brazil**

Short title: Epidemiology of inguinal hernia

ABSTRACT

The prevalence of self-reported inguinal hernia and its association with age, family history, skin color and economic level was evaluated in a population-based sample of Brazilian adult males. A representative sample of households in the city of Pelotas was obtained using a multistage strategy. All individuals with reported inguinal hernia and a sub-sample of those without it were examined using the Bailey maneuver. In the main study, 1343 subjects were interviewed, while the sub-study included 156 individuals. The prevalence of self-reported inguinal hernia was 8.6% (CI95% 7.1; 10.1). Self-reported hernia was positively associated with a first degree family history of inguinal hernia (adjusted odds ratio: 2.60; CI95% 1.68; 4.02). Skin color and socioeconomic level were not associated with the risk of inguinal hernia. Current age was positively associated with self-reported hernia, although the age of hernia appearance showed no such trend. Adopting the Bailey maneuver and the scar of previous surgery as the gold standard, the sensitivity and specificity of self-reported inguinal hernia were, respectively, 79.2% and 80.4%. Taking the validity results into account, the prevalence of inguinal hernia in this sample was 20.7% (CI95% 17.8; 22.7). The use of self-reported inguinal hernia in epidemiological research underestimates the actual prevalence.

Key words: inguinal hernia, self-report, specificity, sensitivity, agreement, surgery, Bailey maneuver.

Although inguinal hernia is the most frequent reason to undergo surgery in developed countries (1) with almost 700,000 surgical repairs conducted by year in the United States (2), epidemiologic studies on the burden of inguinal hernia in the general population are scanty, as well as data on the risk factors for this illness.

Reviewing the literature, including Medline/Pubmed, using combination of the key words “epidemiology”, “inguinal hernia”, “pathology”, “prevalence”, “incidence”, “cross-sectional”, “longitudinal”, “case series”, “case-control”, and Rutkow references (1), only four epidemiological studies were found. In 1975, the National Center for Health Statistics (NCHS) (3) evaluated the occurrence of inguinal hernia based on self-report. The point prevalence of inguinal hernia was 3.8 percent among males aged 45-64 years. Using data from an insurance company database, Rubenstein et al (4) found a point prevalence of inguinal hernia of 1.2 percent among males aged 25-34 years. In a population-based sample of men aged 25 years or more living in Jerusalem, Abramson et al (5) found a lifetime prevalence of self-reported inguinal hernia of 7.6 percent, and a prevalence of 18.3 percent according to the physical examination (Bailey’s maneuver). The self-reported prevalence ranged from 1 percent in males aged 25-34 years to 29.8 percent in males aged 75 years or more. A study including 27480 adult males aged 20-22 years in Istanbul, Turkey found a prevalence of inguinal hernia of 3.2% in the army examination (6).

Previous studies on inguinal hernia showed that utilization of medical records or self-reported data on the burden of inguinal hernia are marked underestimates (5). Only half of the men with inguinal hernia acknowledge its

existence (5). Few data on risk factors for inguinal hernia are available. Both family history and older ages were previously suggested as risk factors for inguinal hernia (5-7).

The aims of this study were (a) to estimate the prevalence of self-reported history of inguinal hernia; (b) to validate the self-report of inguinal hernia in a population-based sample of adult males living in Brazil; and (c) to describe the association between self-reported inguinal hernia and age, family history, socioeconomic level and skin color.

MATERIALS AND METHODS

In the last trimester of 2003 a multipurpose community health survey was conducted in Pelotas, a medium-sized (~320,000 inhabitants) southern Brazilian city (8). The target population for the study of inguinal hernia included all adult (≥ 20 years) males living in the urban area of the city (over 90 percent of the city population is urban) (8).

A multi-stage self-weighted sample was used. The primary sample units were the census tracts delimited by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (8). The 404 census tracts of the city were sorted by the mean monthly income of the household head, leading to an implicit stratification by socioeconomic level. Subsequently, 144 were systematically sampled with probability proportionate to the number of households. Within each selected tract, households were systematically sampled; an average number of 10 household per tract was selected. The total number of household included was 1530.

The actual sample size interviewed (N=1343) allowed us to estimate the prevalence of self-reported inguinal hernia of 8.6 percent with an error margin of 1.5 percentage point and a confidence level of 95 percent. The sample size required to detect as significant a prevalence ratio of 2.0 or above for individuals with a positive family history of inguinal hernia was 1100 subjects, using the following parameters: power of 80 percent, confidence level of 95 percent, proportion of family history of 17 percent. Due to the fact that the design effect for the outcome variable was virtually one (deff: 1.0012), it was not necessary to take it into account in the sample size calculation.

The outcome variable was self-reported inguinal hernia during lifetime. The age of the subject when the inguinal hernia has first appeared was also investigated as well as the extent of surgical interventions for its treatment.

The independent variables were: age (divided in decades), family history (1st degree relative, male or female, who had inguinal hernia), skin color (divided as white, mixed and afro-Brazilians, as observed by the interviewer), socioeconomic level (classification of the Brazilian National Association for Market Research (9), which considers both personal and household assets and education of the family head, classifying families into five groups, from A – wealthiest - to E), and schooling (in completed years).

All individuals who self-reported inguinal hernia were selected for a sub-study using the Bailey exam (10), as well as one control per case matched in terms of age (\pm 5 years) and socioeconomic level. The principal investigator (ISO), blinded for the reported hernia data, carried out the sub-sample visits to examine the individuals. The examination was the one described by Bailey; the scrotum skin

was invaginated by the index finger to reach the external ring and the subject was asked to cough in order to check whether a Valsalva maneuver determined a palpable impulse in the tip of the index finger. The examining physician has also avoided questioning about hernia in the groin. The presence of an operation scar, of course, has broken the “blindness” for the Bailey maneuver.

After descriptive and crude analyses, a multivariable logistic regression was carried out in order to test the effects of age, skin color, family history and socioeconomic level after controlling for each other. Schooling was not included in the multivariable analysis due to its collinearity with socioeconomic status. The validity of self-reported inguinal hernia was tested assuming the hernia repair scar or the positive Bailey examination as the gold standard. Due to the fact that the sub-sample over-included individuals with self-reported inguinal hernia, all analyses of the sub-study were weighted in order to reproduce the main sample.

The Ethical Committee of the Federal University of Pelotas Medical School has approved the study protocol and informed consents were obtained from each participant prior to the interview, and again prior to the examination in the sub-study.

RESULTS

Within the 1530 households selected, 1407 males aged 20 years or more were found, of whom 1343 were actually interviewed (non-response rate: 4.5 percent). In the sub-sample, 212 individuals were selected, and 156 were actually interviewed (non-response rate: 26.4 percent). Out of the 156 subjects re-

interviewed, further four were not included in the examined hernia analyses (refused to be examined).

Table 1 describes the sample in terms of age, family history, skin color, socioeconomic level and schooling. The age range was 20 to 92 years (mean: 42.6; SD 15.5). Approximately 1/6 of all individuals (17.1 percent) reported to have a first degree relative with history of inguinal hernia. Based on the skin color according to the interviewer's observation, 4/5 of the subjects were classified as white. Most individuals were classified in the middle-income groups. The average schooling level in this sample was 7.6 (SD 4.3) years; and 6.4 percent of all subjects had never attended school.

The prevalence of self-reported inguinal hernia was 8.6 percent (CI95% 7.1; 10.1). Out of the 115 subjects who reported inguinal hernia, 41 (35.7 percent) were never submitted to surgery.

Table 2 compares the presence of inguinal hernia by self-report and blind physical examination by the Bailey maneuver and presence of scar as evidence of previous surgery of inguinal hernia. All individuals with a scar of inguinal hernia surgery, or those positive according to the Bailey maneuver were treated as positive according to the gold standard. The sensitivity of self-reported inguinal hernia was 79.2%, specificity was 80.4%, the positive predictive value was 90.3% and the negative predictive value was 62.7%. The accuracy was 79.6% and the kappa between both outcomes was 0.54. Only 16 subjects who were previously operated had a positive Bailey maneuver; most of them in the opposite side of the operation. Therefore, inguinal hernia relapse was rare.

Table 3 shows the prevalence of self-reported inguinal hernia according to risk factors. A clear positive dose-response association was observed between self-reported inguinal hernia and age. Individuals with a first degree family history of inguinal hernia were 2.4 more likely to report inguinal hernia than those without this family history. No associations were detected with skin color and socioeconomic level. The weighted prevalence of examined inguinal hernia was 20.7 percent (CI95% 17.8; 22.7), that is, if all subjects without self-reported hernia were examined, 1/5 of the whole sample would have hernia be classified as having hernia.

The age of hernia appearance was also investigated. The mean age of hernia appearance was 31.6 (SD 22.1) years. The 25th, 50th and 75th percentiles were, respectively, 10, 29 and 49 years. Figure 1 compares the age of hernia occurrence and current age of the individual. Although the prevalence of inguinal hernia is positively associated with current age, several subjects had it before adulthood. Therefore, the prevalence of inguinal hernia according to current age (presented in Table 3) should be interpreted with caution.

Due to the fact that our data showed that self-reported inguinal hernia was underestimated, all analyses presented in table 3 were repeated considering only the examined patients (n=152). The higher risk of hernia among individuals with family history of inguinal hernia and the lack of association between hernia and skin color or socioeconomic level were maintained, although the significance levels were higher because of the small numbers. The association between hernia and age was no longer significant using only the sub-sample subjects.

After using a multivariable technique, the effects of age and family history on the risk of inguinal hernia remained statistically significant, while skin color and socioeconomic status confirmed the lack of association with the occurrence of inguinal hernia. The adjusted odds ratio for individuals with family history was 2.60 (CI95% 1.68; 4.02). The odds ratios for the age groups considering the youngest group (20-34 years) as the reference were: 35-44 (OR: 1.18; CI95% 0.56; 2.47), 45-54 (OR: 2.06; CI95% 1.07; 3.96), 55-64 (OR: 1.63; CI95% 0.77; 3.43), 65-74 (OR: 3.86; CI95% 1.85; 8.04), 75 or more (OR: 6.26; CI95% 3.01; 13.00).

DISCUSSION

In a population-based sample of Brazilian adult males, it was found that 1/12 of all individuals self-reported a history of inguinal hernia, and that the prevalence of this disease is higher according to physical examination because self-report is an underestimation. Family history was an important risk factor for inguinal hernia. The positive association between hernia and age must be interpreted with caution, because current age does not mean the age of hernia appearance.

The prevalence of self-reported history of inguinal hernia found in this study (8.6 percent) was similar to the one found in Israel more than 30 years ago (7.6 percent). In the Israeli study, the prevalence of hernia by the Bailey maneuver was 18.3 percent, a value also close to ours (20.7 percent). Using a different approach, previous studies reported point prevalence of inguinal hernia around 1-2 percent (3-4).

Our findings on age-related prevalence are quite similar to the Abramson et al (5) study. However, it seems that the age of appearance of the hernia is the

parameter to be taken into account, since the incidence is the measure of occurrence to be considered, and the prevalence only reflects the cumulative incidence as times goes by. The comparison between incidence and prevalence curves (Figure 1) shows that the occurrence of inguinal hernia does not increase with age. McVay (11), using data based on demand for hernia repair, has described that the incidence has an initial peak in the first years of life, goes down and then climbs to a second peak around the age of 25, and afterwards goes down slowly. In the present study the findings were similar, with a third moderate elevation around the forties. At the same time, the prevalence of past and present reported inguinal hernia grows steadily by age ranges, because of the accumulation of the cases. Therefore, statements based on the examination of the age-related prevalence should be taken with caution, since they do not persist when age-related incidence is taken into account. Future studies would benefit of using incidence rates rather than prevalence to describe occurrence and risk factors for inguinal hernia.

In the present study, only factors that do not seem to change with age were submitted to analyses. Although the level of education has increased considerably in the last decades and self-made men and high social mobility occurs in this country, generally, the socioeconomic level (encompassing the educational one) depends rather on factors bound to the nuclear family where one is born than age.

The present study showed family history as a risk factor for inguinal hernia with a crude odds ratio of 2.71, similar to the findings of Liem et al (7) studying women (OR: 3.8), and different from Abramson et al (5), who found no association.

However, the study of family history by considering having a first degree relative with the disease as positive family history may also be misleading, as it works with a floating denominator (12)

Both the Abramson et al study (5) and data from the NCHS (13) have previously shown that self-reported data on inguinal hernia tend to be underestimated. In the present study, 16 percent of the subjects who did not report inguinal hernia were considered as positive according to the Bailey maneuver. The NCHS data (13) had shown that almost half of the hernias mentioned in medical records were underreported in an interview. In the Abramson et al 1978 study, 2/3 of the individuals with reported inguinal hernia were not operated, while this proportion was 1/3 in the present sample.

Let's consider now the validity of self-reported data on inguinal hernia. Due to the fact that only one examining physician performed the sub-study visits, the agreement between self-reported and examined inguinal hernia was not dependent on inter-observer discrepancies. In the Abramson et al study (5), several examiners carried out the maneuver. In the present study, the investigator was also blind to each individual self-reported hernia status, while in the Abramson et al study (5) they were aware of each patient hernia status. Independently of these methodological differences, the degree of under-reporting was similar in both studies.

It is important to consider, however, that in our study, the Bailey examination was interrupted every time it turned out to be painful to the individual or if the subcutaneous tissue was not lax enough for the external inguinal ring to be reached. This has happened mostly when there was some local subcutaneous

scarring from previous surgery or any local disease. Out of 152 individuals examined in the sub-study, this happened to 25 (16.5 percent), of whom 11 were previously operated for hernia repair.

A positive Bailey maneuver without any lump or protrusion in the inguinal area should be correspondent to a hernia when the internal ring is functional such that the hernia often stays reduced, or the hernia sac stays within the inguinal canal without extending itself through the external ring. In some inguinal hernia classifications currently used, the type of hernia described above fits the Indirect Small Category of the Zollinger's classification (14), the Type I of the Nyhus' categories (15) and the Stage I of the Bendavid's classification (16). If asymptomatic, this type of hernia would not lead the individual to look for medical assistance, being even irrelevant to the subject and being only a finding on screening procedures. Probably a reasonable decision on these cases is to warn the individual that it may develop an inguinal hernia instead of looking for further assistance.

According to the systematic review by McIntosh et al (17), robust research on groin hernia is concerned almost exclusively with the surgical management of patients undergoing primary elective hernia repair. Therefore, few scientific-based data are available on the diagnosis of this condition. O'Rourke et al (18), during the laparoscopic repair of inguinal hernias, have conducted the examination of the contra-lateral side, looking for hernias also at this side. By the physical examination, 49 percent of the individuals had inguinal hernia at the opposite side, while by the laparoscopic examination (at the time of the homo-lateral surgical repair) 71 percent had it, showing that several cases were not detected by the

physical examination alone. No false positive cases were found, but the sensitivity was 69 percent.

Although the Bailey maneuver combined with a surgery scar was taken as the gold standard in our analyses, some aspects should be considered. First, it cannot be conducted in all individuals due to pain, and it is contraindicated for children (19). Another issue to be considered is that the validity of self-reported data on inguinal hernia presented in our study could be over-estimated, because it was markedly dependent on the presence of a surgical scar; that would be a confirmation of past hernias for both individuals as researchers. Individuals with a surgical scar (2/3 of all hernia cases) were considered as positive. If the analysis was restricted to subjects without a history of surgical repair, the sensitivity of the self-reported inguinal hernia would decrease from 79.2 percent to 55.1 percent, and the specificity from 80.4 percent to 50.0 percent, with a kappa value for agreement decreasing from 0.54 to 0.05 (data not shown). This finding suggests that the utilization of the self-report of inguinal hernia alone for screening or research should be used (if at all) with great caution.

REFERENCES

1. Rutkow IM. Epidemiologic, economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990s. *Surg Clin N Am* 1998; 78:941-951.
2. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. The cause, prevention and treatment of recurrent groin hernia. *Surgical Clinics of North America* 1993; 73:529-544.

3. National Center for Health Statistics. Prevalence of selected chronic digestive conditions, United States 1975. Hyattsville. United States Department of Health, Education and Welfare, 1979.
4. Rubenstein RS, Beck S, Lohr KN et al (eds): Conceptualization and measurements of physiological health in adults, vol 15: Surgical conditions. No. R-2262/15HHS, Santa Monica, Rand 1983.
5. Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Makler A. The epidemiology of inguinal hernia. J Epidemiol Community Health 1978; 32:59-67.
6. Akin ML, Karakaya M, Batkin A, Nogal A. Prevalence of inguinal hernia in otherwise healthy males of 20 to 22 years of age. J R Army Med Corps 1997; 143:101-102.
7. Liem MS, van der Graaf Y, Zwart RC, Geurts I, van Vronhoven TJ. Risk factors for inguinal hernia in women: a case-control study. The Coala Trial Group. Am J Epidemiol 1997; 146:721-6.
8. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Brazilian Census 2000. Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2000.

9. National Association of Research Institutes. Brazil Economic Classification. National Association of Research Institutes, 1997.

10. Bailey, H. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. Wright: Bristol, 1942.

11. McVay, CB: Hérnias, in Davis, L, ed: Clínica Cirúrgica de Christopher, Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro, 1970.

12. Victora CG. What's the denominator? Lancet 1997; 342:97-99.

13. National Center for Health Statistics. Health Interview Responses compared to Medical Records. Health Statistics from the US National Health Survey. Series D, Number 5, p 50 United States Department of Health, Education and Welfare, Washington DC, 1961.

14. Zollinger, RM. Classification systems for groin hernias. Surg Clin N Am 2003, 83:1053-1063.

15. Nyhus LM. Classification of groin hernia: milestones. Hernia 2004; 8:87-8.

16. Bendavid R. Femoral pseudo-hernias. Hernia 2002; 6:141-3.

17. McIntosh A, Hutchinson A, Roberts A, Withers H: Evidence-based management of groin hernia in primary care – a systematic review. *Fam Pract* 2000, 5:442-7.

18. O'Rourke A, Zell JA, Varkey-Zell TT, Barone JL, Bayona M: Laparoscopic diagnosis and repair of asymptomatic bilateral inguinal hernias. *Am J Surg* 2002; 183:15-19.

19. Velhote, MCP: Afecções cirúrgicas da região inguinal in Maksoud JG and Benassi EL, edit: *Cirurgia Pediátrica*, p 685, Revinter: Rio de Janeiro, 1998.

TABLE 1. Description of the sample in terms of age, first degree family history of inguinal hernia, skin color and socioeconomic level (N=1343).

VARIABLE*	PROPORTION
Age (years)	
20-34	35.2 %
35-44	22.1 %
45-54	19.9 %
55-64	12.2 %
65-74	7.5%
≥75	3.1%
Family history of inguinal hernia	
No	82.9%
Yes	17.1%
Skin color (interviewer's observation)	
	80.5%
White	11.0%
Afro-Brazilian	8.5%
Mixed	
(Wealth status) socioeconomic level	
	5.1%
A (higher income)	20.8%
B	32.8%
C	34.1%

D	7.2%
---	------

E	
---	--

Schooling (years attended)

0	6.4%
---	------

1-4	19.6%
-----	-------

5-8	34.9%
-----	-------

9-11	25.9%
------	-------

≥12	13.2%
-----	-------

* The maximum number of missing values was 48 (family history)

TABLE 2. Comparison between self-reported and examined inguinal hernia (N=152).

Self-report	Bailey maneuver		Overall
	Positive	Negative	
Positive	84	9	93
Negative	22	37	59
Overall	106	46	152

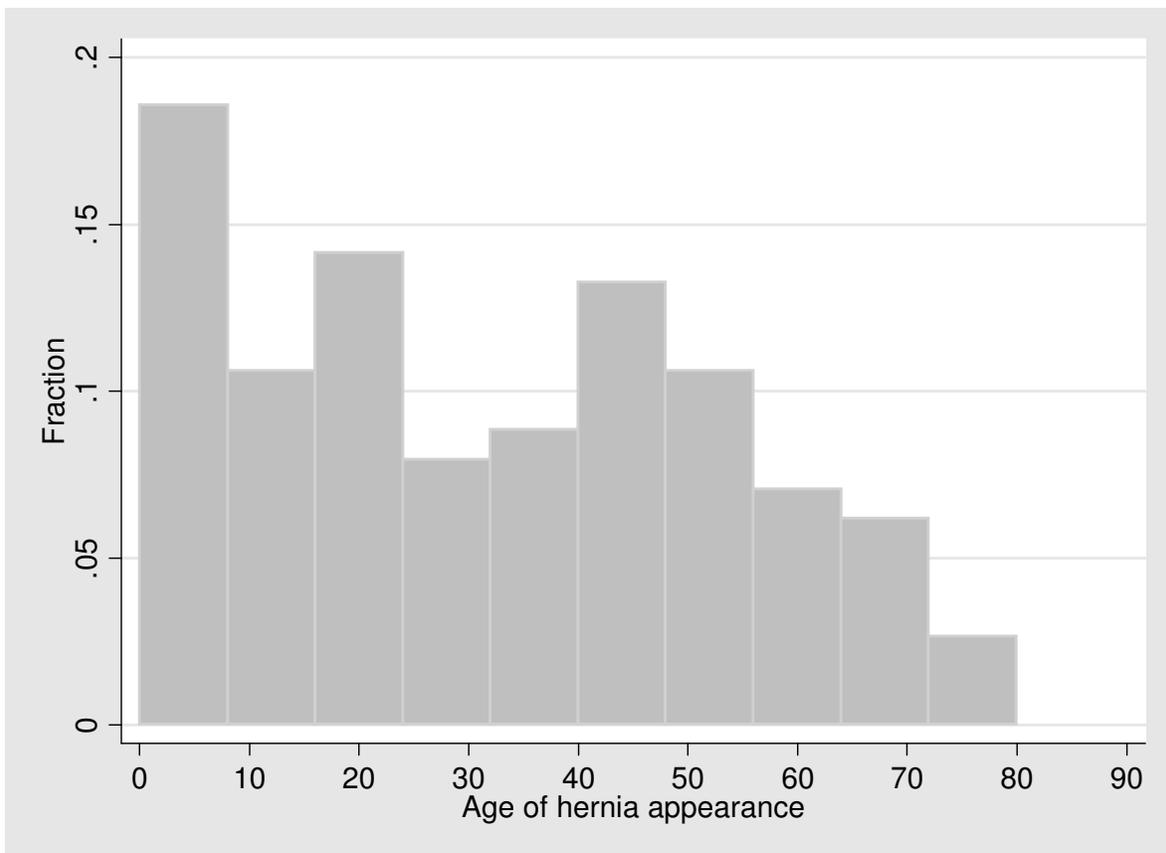
TABLE 3. Prevalence of self-reported and examined inguinal hernia (IH) according to age, first degree family history of IH, skin color and socioeconomic level (N=1343).

VARIABLE	Self-reported IH	
	%	P value
Age (years)		<0.001*
20-34	4.7	
35-44	7.1	
45-54	9.0	
55-64	11.7	
65-74	15.0	
≥75	33.3	
Family history of IH		<0.001
No	6.9	
Yes	16.7	
Skin color (interviewer's observation)		0.69
White	8.9	
Afro-Brazilian	7.4	
Mixed	7.0	
Socioeconomic level		0.95
A (wealthiest)	8.8	
B	7.6	

C	9.4
D	8.4
E	8.3

LEGEND FOR ILLUSTRATION

FIGURE 1. Age of hernia appearance and current age of the individual (N=1343).





UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA-SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

PREVALÊNCIA DE HÉRNIA INGUINAL E FATORES ASSOCIADOS EM HOMENS ADULTOS DE PELOTAS, RS

IRINEO SCHUCH ORTIZ

ORIENTADORA: Dra. ANA MARIA BAPTISTA MENEZES

CO-ORIENTADOR: Ms. PEDRO CURRI HALLAL

Anexos

Pelotas-RS

2005

BLOCO C: ADULTOS		ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO	
*Este bloco deve ser aplicado a adultos (20anos ou mais) de ambos os sexos			
Número do setor _____			<i>NQUE</i>
Número da família _____			_____
Número da pessoa _____			_____
Endereço _____	(1) casa(2) apartamento		
Data da entrevista ____/____/____			
Horário de início da entrevista ____:____			<i>TIPOM</i> __
Horário do término da entrevista ____:____			<i>DE</i> ____/____/____
			<i>HI</i> ____:____
			<i>HT</i> ____:____
Entrevistadora: _____			
G1) Qual é o seu nome? _____			
G2) Qual é a sua idade? _____			<i>IDADE</i> __
			__
AS PERGUNTAS G3 E G4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA			
			<i>CORPELE</i>

G3) Cor da pele:	(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Outra: _____		<i>SEXO</i> ____
G4) Sexo:	(0) Masculino (1) Feminino (9) IGN		
G5) O(a) Sr(a) sabe ler e escrever?			<i>KLER</i> _____
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G7 (1) Sim (2) Só assina → PULE PARA A QUESTÃO G7 (9) IGN			
G6) Até que série o(a) Sr(a) estudou?			<i>ESCOLA</i> _____
Anotação: _____ (Codificar após encerrar o questionário)			
Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA			
G7) O(a) Sr(a) pratica alguma religião?			<i>PRATREL</i> _____
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G9 (1) Sim			
G8) Qual?			<i>QUALREL</i> _____
(0) Católica (1) Protestante (2) Evangélica (3) Espírita (4) Afro-brasileira (5) Testemunha de Jeová			

(6) Outra _____	(8) NSA	
G9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a)		COMPAN __
G10) Qual é o seu peso atual? __ __ __ , __ kg (999) IGN		PESO __ __ __ , __
G11) Qual é a sua altura? __ __ __ , __ cm (999) IGN		ALTUR __ __ __ , __
G12) O(a) Sr(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO G15 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há __ __ anos __ __ meses		FUMO __ TPAFU __ __ __ __
G13) Há quanto tempo o(a) Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? __ __ anos __ __ meses (8888) NSA		TFUMO __ __ __ __
G14) Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia? __ __ cigarros (88) NSA		CIGDIA __ __
G15) Como o(a) sr(a) considera sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN		SAU __
AGORA FALAREMOS DE FRATURAS E FISIOTERAPIA		
C1) Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose ou fraqueza dos ossos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		YOSTE __
C2) O(a) Sr(a) já quebrou algum osso do seu corpo? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C3 (8) NSA (1) Sim → Quantas vezes? __ __ (9) IGN → PULE PARA QUESTÃO C3 SE SIM FAÇA O QUADRO ABAIXO		YFRAVD __ YQTD __ __

PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES CONSIDERE SOMENTE A ÚLTIMA FRATURA OCORRIDA

<p>a) O que o(a) Sr(a) quebrou?</p> <p>(01) Pé (02) Tornozelo (03) Perna (04) Joelho (05) Fêmur ou quadril (06) Dedos da mão (07) Pulso (08) Antebraço (09) Braço (10) Clavícula (11) Escápula (12) Cadeiras ou bacia (13) Costela (14) Vértebra (15) Mais de um destes locais (16) Outro local</p> <hr/> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>b) Esta fratura ocorreu?</p> <p>(1) Trabalhando (2) No seu tempo livre fora de casa (3) Em casa (4) Trânsito (5) Na escola (8) NSA (9) IGN</p>	<p>c) Como foi que ocorreu esta fratura?</p> <p>(1) Praticando esportes (2) Acidente de carro/pedestre (3) Violência, Brigas, Agressões (4) Caiu sozinho (5) Acidente de trabalho com máquinas, andaimes, outros equipamentos (6) Outro Motivo</p> <hr/> <p>(8) NSA (9) IGN</p>	<p>d) Fez fisioterapia após tirar o gesso ou imobilização?</p> <p>(0) Não</p> <p>Sim → SE SIM</p> <p>(1) Pelo SUS (2) Particular (3) Convênio (4) Plano de Saúde (8) NSA (9) IGN</p>	<p>e) Esta fratura ocorreu de <MÊS> do ano passado até o dia de hoje?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>
<p align="center"><i>YLOFRT</i>__ __</p>	<p align="center"><i>YLUGAR</i>__</p>	<p align="center"><i>YMOTFR</i>__</p>	<p align="center"><i>YTIGEF</i>__</p>	<p align="center"><i>YFRUTA</i>__</p>

C3) O(a) Sr(a) fez fisioterapia alguma vez na vida, por outro problema?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO Sim → SE SIM
- (1) **Pelo SUS** (2) **Particular** (3) **Convênio** (4) **Plano de Saúde**
- (8) NSA (9) IGN

*YFTOUT*__

C4) Qual foi este outro problema para o(a) Sr(a) fazer fisioterapia?

<p>(00) Derrame (Acidente Vascular Cerebral; Isquêmico ou Hemorrágico). (01) Dor nas Costas (Lombalgias ou Cervicalgia) (02) Doença Respiratória (Asma, Bronquite, Pneumonia, Enfisema, etc). (03) Problemas no Ombro (Bursite, Síndrome do Supra-Espinhoso, Manguito Rotador). (04) Reumatismo (Doença Reumática). (05) Problemas de Coluna (Cifóse, Escoliose, Lordose e Hérnia de disco). (06) Entorse, Luxação, Contusão ou Distensão. (07) Tendinites (Pulso, Cotovelo e Tornozelo). (10) Paralisia Facial (11) Outro motivo < <u>Escrever motivo</u> > _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>YOPROB__ —</p>
<p>C5) O(a) Sr(a) fez fisioterapia entre <MÊS> do ano passado e o dia de hoje?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>YFTUA__</p>
<p>AGORA FALAREMOS SOBRE SAÚDE</p>	
<p>C6) Indique as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas. (nos parênteses anteriores as opções deve ser anotada a ordem de importância dos 3 fatores citados)</p> <p style="text-align: center;">MOSTRAR A FOLHA COM AS FIGURAS.</p> <p>() (1) Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal; () (2) Fazer exercícios físicos regularmente; () (3) Não tomar bebidas alcoólicas em excesso; () (4) Consultar o médico regularmente; () (5) Não fumar; () (6) Manter seu peso ideal; () (7) Controlar ou evitar o estresse; (9) IGN</p> <p>C7) Quantas horas por dia o(a) Sr(a) gasta com serviços domésticos, estudos e seu trabalho?</p> <p>Manhã __ __ hrs __ __ min → TOTAL MANHÃ __ __ __ minutos Tarde __ __ hrs __ __ min → TOTAL TARDE __ __ __ minutos Noite __ __ hrs __ __ min → TOTAL NOITE __ __ __ minutos</p>	<p>UFAT1__ UFAT2__ UFAT3__ UMANA__ __ UTARDI__ __ UNOITI__ __</p>

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção refere-se às atividades físicas que o(a) Sr(a) fez nos últimos 7 dias, unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer.

C8) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) caminhou por, pelo menos, 10 minutos seguidos no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho.

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C10

QDIA ___

C9) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos

QTEM

Para responder as próximas questões considere que:

Atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;

Atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

C10) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades FORTES no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?

___ dia(s) por SEMANA (0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO C12

(9) IGN

QDVIG ___

C11) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades FORTES no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos

QTVIG

C12) Sem considerar as caminhadas, desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades MÉDIAS no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

C27) O(a) Sr(a) participou em clubes, academias ou associações de alguma atividade esportiva ou realizou por conta própria alguma atividade física por, no mínimo, 6 meses consecutivos?

(0) Não → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C28

(1) Sim - **Qual atividade?** (9) IGN

Futsal/Futebol de salão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Futebol de campo/Futebol de 7	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Basquete	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Voleibol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Handebol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Atletismo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Natação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Dança	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Ginástica olímpica/artística	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Ginástica	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Musculação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Caminhadas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Corridas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Andar de bicicleta	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Outra: Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA

SE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES C26 E C27 FOREM “NÃO”, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.

C28) Considerando somente as atividades físicas feitas durante a adolescência, o(a) Sr(a) as realizava por que gostava ou era obrigado, por algum motivo?

(0) Gostava (1) Obrigado (8) NSA (9) IGN

QFUT ___

QFUC ___

QBAS ___

QVOL ___

QHAN ___

QATL ___

QNAT ___

QDAN ___

QGIN ___

QLUT ___

QOUT ___

QATIV ___

QFUT2 ___

QFUC2 ___

QBAS2 ___

QVOL2 ___

QHAN2 ___

QATL2 ___

QNAT2 ___

QDAN2 ___

QGIN2 ___

QLUT2 ___

QGIN2 ___

QMUS2 ___

QCAM2 ___

QCOR2 ___

QBIC2 ___

QOUT2 ___

QAFAD ___

AGORA FALAREMOS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO

C29) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) baixou o hospital?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

XHOSP ____

C30) Desde <TRÊS MESES ATRÁS> deste ano o(a) Sr(a) consultou com médico?

(00) Não → PULE PARA A QUESTÃO C45

Sim. **Quantas vezes?** ____

XCONS ____

SE CONSULTOU APENAS 1 VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C31
SE CONSULTOU DUAS VEZES OU MAIS, PULE PARA A QUESTÃO C34

C31) Nessa vez, onde o(a) Sr(a) consultou?

- (01) Posto de Saúde
- (02) Pronto-Socorro
- (03) Ambulatório do hospital
- (04) Ambulatório da Faculdade
- (05) Ambulatório do Sindicato ou empresa
- (06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde
- (07) Consultório Médico Particular
- (08) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
- (09) Outro _____
- (88) NSA
- (99) IGN

XONDE ____

C32) O médico lhe pediu algum exame?

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

XPED ____

C33) Que tipo de exame?

Sangue	(0) Não	(1) Sim	<i>XSAN</i> ____
Urina	(0) Não	(1) Sim	<i>XURI</i> ____
Rx	(0) Não	(1) Sim	<i>XXR</i> ____
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	<i>XECG</i> ____
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	<i>XECO</i> ____
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	<i>XEDA</i> ____
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	<i>XCOLO</i> ____
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	<i>XTC</i> ____
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	<i>XRM</i> ____
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	<i>XBIO</i> ____
Outro _____			<i>XEOUT</i> ____
(8) NSA			
(9) IGN			

PULE PARA A QUESTÃO C40

C34) Onde foram estas consultas?

(01) Posto de Saúde.	Sim. Quantas vezes? __ __	XLOC1 __ __
(02) Pronto-Socorro.	Sim. Quantas vezes? __ __	XVEZES1 __ __
(03) Ambulatório do hospital.	Sim. Quantas vezes? __ __	
(04) Ambulatório da Faculdade.	Sim. Quantas vezes? __ __	XLOC2 __ __
(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa.	Sim. Quantas vezes? __ __	XVEZES2 __ __
(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde.	Sim. Quantas vezes? __ __	
(07) Consultório Médico Particular	Sim. Quantas vezes? __ __	XLOC3 __ __
(08) CAPS Centro de Atenção Psicossocial	Sim. Quantas vezes? __ __	XVEZES3 __ __
(09) Outro _____	Sim. Quantas vezes? __ __	
(88) NSA		
(99) IGN		

C35) Em alguma dessas consultas o médico lhe pediu algum tipo de exame?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
 (1) Sim (8) NSA

XXPED __

C36) Em quantas consultas o médico pediu pelo menos um tipo de exame? __ __

- (88) NSA (99) IGN

XXQC __ __

C37) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <PRIMEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____ ?

Sangue	(0) Não	(1) Sim	X1SAN __
Urina	(0) Não	(1) Sim	X1URI __
Rx	(0) Não	(1) Sim	X1RX __
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X1ECG __
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X1ECO __
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X1EDA __
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X1COL __
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X1ITC __
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X1IRM __
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X1BIO __
Outro _____			X1EOU __
(8) NSA			
(9) IGN			

XLOC1B __

AS QUESTÕES C38 E C39 SOMENTE SERÃO PERGUNTADAS SE O ENTREVISTADO CONSULTOU EM MAIS DE UM LOCAL, CONFORME A QUESTÃO C34

C38) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <SEGUNDO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____ ?

Sangue	(0) Não	(1) Sim	X2SAN __
Urina	(0) Não	(1) Sim	X2URI __
Rx	(0) Não	(1) Sim	X2RX __
			X2ECG __

XLOC2B __

Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X2ECO ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X2EDA ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X2COL ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X2TC ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X2RM ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X2BIO ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X2EOU ___
Outro _____			
(8) NSA			
(9) IGN			XLOC3B ___
C39) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <TERCEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>? _____			X3SAN ___
Sangue	(0) Não	(1) Sim	X3URI ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	X3RX ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	X3ECG ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X3ECO ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X3EDA ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X3COL ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X3TC ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X3RM ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X3BIO ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X3EOU ___
Outro _____			
(8) NSA			
(9) IGN			
C40) O(a) Sr(a) teve que pagar pelo(s) exame(s)?			XPAG ___
(0) Não	(1) Sim	(2) Não fez o exame pedido	(8) NSA
A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITA SOMENTE PARA AS MULHERES			
C41) A Sra. está grávida?			XGEST ___
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9)IGN
FALAREMOS AGORA APENAS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA NOS ÚLTIMOS TRÊS MÊSES			
C42) Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou?			
(1) Clínico geral (2) Psiquiatra			
(3) outro especialista – Qual: _____ (8) NSA (9) IGN			
C43) Qual o local onde o(a) Sr(a) consultou?			PCONS ___
(01) Posto de saúde			
(02) Ambulatório de hospital			
(03) Consultório médico			
(04) CAPS			
(05) Ambulatório de plano de saúde			

(06) Ambulatório da Faculdade de Medicina – UFPEL
(07) Pronto socorro (08) outros – **Qual?** _____ (88) NSA (99) IGN

C44) Nessa consulta, recebeu algum remédio para os nervos?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: **Qual?** _____ (Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo)

PLOC ___

C45) Desde <DIA DA SEMANA> retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C52

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: **Qual?** _____

(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)

PREC ___

C46) Quem indicou?

- (1) Toma por conta própria
- (2) Médico geral
- (3) Médico psiquiatra
- (4) Médico de outra especialidade _____
- (5) Parente ou conhecido
- (6) Farmacêutico
- (7) Outra pessoa _____
- (8) NSA
- (9) IGN

PQUAL ___

C47) Há quanto tempo toma?

__ anos __ meses __ dias (88, 88,88) NSA (99, 99,99) IGN

PTOM ___

PQUALT

C48) Como conseguiu o remédio da última vez?

- (1) Comprou na farmácia com receita médica
- (2) Comprou na farmácia sem receita médica
- (3) Comprou em farmácia de manipulação
- (4) Retirou na farmácia municipal
- (5) Outros _____ (especificar)
- (8) NSA
- (9) IGN

C49) Toma mais algum remédio para os nervos?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: **Qual?** _____ (Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar

PIND ___

1º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN
(SOMENTE PARA QUEM FEZ MAIS DE UM EXAME)

2º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN

3º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN

C56) Após fazer o teste alguém lhe disse para procurar o médico?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60

(1) Sim

(8) NSA (9) IGN

JFZTS__

JQTAS__

JEX1__

C57) O(a) Sr(a) procurou o médico, foi consultar?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60

(1) Sim

(8) NSA (9) IGN

JEX2__

JEX3__

C58) O médico pediu para o(a) Sr(a) fazer um outro exame do açúcar no sangue no laboratório?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60

Sim → SE SIM

(1) O exame confirmou o açúcar alto

(2) O exame deu normal

(3) Pediu, mas o Sr(a) não foi ou não conseguiu fazer

(8) NSA (9) IGN

JIMED__

JCONS__

C59) O(a) Sr(a) está indo ao médico para tratar o açúcar no sangue, ou seja, diabetes?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

C60) Antes da campanha algum médico já tinha lhe dito que o(a) Sr(a) tinha:

Açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Gordura no sangue, como por exemplo, colesterol ou triglicerídeos alterados?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

JOTEX__

C61) Algum de seus pais, ou algum de seus irmãos, ou algum de seus filhos, se o(a) Sr(a) tiver filhos, têm ou tiveram açúcar no sangue?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

JTTO__

C62) Há dois anos atrás onde o(a) Sr(a) costumava consultar?

(1) Posto de saúde

(2) Ambulatório do hospital ou faculdade

(3) Consultório médico particular ou convênio

(4) Ambulatório de plano de saúde

(5) Local não especificado

(6) Outro local _____ (8) NSA

JDIAB__

JHAS__

JGORD__

AGORA FALAREMOS SOBRE VACINAS

C63) O(a) Sr(a) conhece uma vacina contra a gripe?

- (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C70
(1) Sim (9) IGN

*JHIST*__

C64) O(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?

- (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C66
(1) Sim (8) NSA (9) IGN

*JOND*__

C65) Onde o(a) Sr(a) fez esta vacina no ano de 2003?

- (0) Serviço de saúde particular ou convênio
(1) Serviço de saúde do SUS – posto de saúde ou outro
(2) No local onde trabalha – hospital ou posto de saúde do SUS, Secretarias da Prefeitura
(3) No local onde trabalha – empresa privada
(4) Na farmácia
(5) Outro local Qual? _____
(8) NSA (9) IGN

*CVAC*__

PULE PARA A QUESTÃO C67

C66) Porque o(a) Sr(a) não fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?

- (0) Quase nunca tenho gripe
(1) A vacina é só para velhos
(2) Gripe não é uma doença grave
(3) A vacina não faz efeito
(4) Vacina pode causar gripe
(5) A vacina é injeção
(6) Tenho alergia à vacina
(7) Outro Qual? _____
(8) NSA (9) IGN

*FEZVAC*__

C67) Como o(a) Sr(a) soube da vacinação contra a gripe neste ano de 2003?

- (0) Meios de comunicação: TV, rádio, jornal
(1) Consulta médica ou posto de saúde
(2) Local de trabalho
(3) Amigo ou familiar
(4) Outro Qual? _____
(8) NSA (9) IGN

*LUGVAC*__

C68) No ano passado o(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe?
 (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C69) O(a) Sr(a) sabe de quanto em quanto tempo deve ser feita a vacina contra a gripe?
 (0) Não sei
 (1) duas vezes por ano
 (2) Uma vez por ano
 (3) De 2 em 2 anos
 (4) De 3 em 3 anos
 (5) De 10 em 10 anos
 (6) Uma vez na vida
 (7) Outra _____
 (9) IGN

C70) Durante a campanha de vacinação contra a gripe deste ano, nos meses de abril até agosto, o(a) Sr(a) esteve no consultório de médico particular/convênio ou em um posto de saúde do SUS?
 (0) Não
 SIM → SE SIM
 (1) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em serviço particular ou convênio
 (2) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em posto de saúde do SUS
 (9) IGN

C71) O médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma destas doenças?

Açúcar no sangue ou diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
Pressão alta ou hipertensão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
Doença do coração	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
Doença crônica do pulmão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
Doença crônica de rins	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
Tumor maligno ou câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN

C72) Neste ano de 2003 o(a) Sr(a) teve gripe com febre alta?
 (0) Não (1) Sim (9) IGN

PQNAOVA

—

CSVAC —

FEZVACA

—

FREQVAC

AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO

C73) O(a) Sr(a) trabalha fora?
 (0) Não →PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
 (1) Sim

C74) Qual o meio de transporte o(a) Sr(a) usa para ir e voltar do trabalho?

- (1) Vai a pé
- (2) Bicicleta
- (3) Motocicleta
- (4) Ônibus
- (5) Automóvel
- (6) Outro Qual? _____
- (8) NSA

FOISS __

SE A RESPOSTA NÃO FOR BICICLETA (2) PULE PARA PRÓXIMA INSTRUÇÃO

DIAB __

HIPERT __

DCARD __

DPULM __

DRENAL __

CANCER __

C75) Quantos dias da semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir trabalhar
___ dias. (8) NSA

C76) Durante quanto tempo por dia o(a) Sr(a) anda de bicicleta, para
ir e voltar do seu

trabalho? Observar o tempo total diário

___ hora(s) ___ minutos (888) NSA

GRIPE __

C77) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de chuva para ir trabalhar?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA

GTRAB __

C78) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de muito calor para ir trabalhar?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA

C79) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias muito frio para ir trabalhar?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA

GTRANS __

C80) O(a) Sr(a) utiliza a bicicleta antes das 7 da manhã ou depois das 6 da tarde para ir
ou voltar do trabalho?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA

C81) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) sofreu algum acidente de bicicleta no
caminho de casa para o trabalho ou na volta para casa, em que se machucou?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C84

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM **Quantas vezes?** ___ vez(es) (88) NSA

C82) Qual o machucado mais grave que o(a) Sr(a) teve por causa do(s) acidente(s)?

(1) Arranhão ou escoriação

(2) Batida forte

(3) Corte ou perfuração na pele

GDIAS __

<p>(4) Fratura (quebra de osso) (5) Lesão de órgão interno (6) Outro machucado Qual? _____ (8) NSA</p> <p>C83) Quantos dias o(a) Sr(a) precisou faltar ao trabalho por causa do acidente? (000) Nenhum ___ ___ Dia(s) (888) NSA</p> <p>C84) Agora eu gostaria de ver sua bicicleta, por favor.</p> <p>Campainha (buzina) (0) Não (1) Sim</p> <p>Refletor dianteiro (0) Não (1) Sim Refletor traseiro (0) Não (1) Sim Refletor lateral (0) Não (1) Sim Refletor nos pedais (0) Não (1) Sim Espelho retrovisor ao lado esquerdo (0) Não (1) Sim Freio funcionando (0) Não (1) Sim Farolete Dianteiro (0) Não (1) Sim Farolete Traseiro (0) Não (1) Sim</p>	<p>GTDIA ___ ___</p> <p>GCHUV ___</p> <p>GCALOR ___</p>
<p>C85) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que o(a) Sr(a) utiliza ou utilizou alguma vez na vida? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa)</p> <p>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral) (0) Não (1) Sim Camisinha masculina (preservativo/condom) (0) Não (1) Sim Camisinha feminina (0) Não (1) Sim Ligadura de trompas (esterilização feminina) (0) Não (1) Sim Vasectomia (esterilização masculina) (0) Não (1) Sim DIU (Dispositivo Intra-Uterino) (0) Não (1) Sim Diafragma (0) Não (1) Sim Geléia Espermaticida (0) Não (1) Sim Método do Ritmo ou Tabela (0) Não (1) Sim Coito Interrompido (0) Não (1) Sim Temperatura basal/Muco cervical (0) Não (1) Sim Anticoncepcional Injetável (0) Não (1) Sim “Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência (0) Não (1) Sim Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos) (0) Não (1) Sim (7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A QUESTÃO C87 (8) NSA</p> <p>C86) Quando o(a) Sr(a) optou pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos?</p> <p>(0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>GFRIO ___</p> <p>GNOIT ___</p> <p>GACID ___</p> <p>GQACI ___</p>

C87) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas?

a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada somente no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C88) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas?

a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C89) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas?

a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C90) Quando começa um ciclo menstrual?

(1) No primeiro dia da menstruação

(2) No último dia da menstruação

(3) No dia da ovulação

(9) IGN

C91) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre:

(1) No 1º dia da menstruação

(2) No último dia da menstruação

(3) No 14º dia após o início da menstruação

GGRAV __

GFTRA __

GCAMP __

GRDIA __

GRTRA __

GRLAT __

GRPED __

GRETR __

GFREI __

GFARD __

GFART __

MPIL __

- (4) No 14º dia após o término da menstruação
 (5) Igual em todos os dias do mês
 (9) IGN

MCAMM __
 MCAMF __
 MLIGA __
 MVASE __
 MDIU __
 MDIAF __
 MGEL __
 MTAB __
 MCOIT __
 MTEMP __
 MINJ __

C92) O(a) Sr(a) tem filhos?

- (0) Não (9) IGN
 (1) Sim. **Quantos?** _____ (88) NSA (99) IGN
Com que idade teve o 1º filho? _____ (88) NSA (99) IGN

MEMER __

SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM

C93.a) O Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

MOUT __

MNAD __

SE O ENTREVISTADO FOR MULHER

C93.b) A Sra. já esteve grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C94) O(a) Sr(a) e/ou o(a) seu(sua) companheiro(a) estava usando algum método anticoncepcional?

MPROFS __

- (0) Não (8) NSA (9) IGN
 (1) Sim. **Qual?** (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa).

- | | | |
|---|---------|---------|
| Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral) | (0) Não | (1) Sim |
| Camisinha masculina (preservativo/condom) | (0) Não | (1) Sim |
| Camisinha feminina | (0) Não | (1) Sim |
| Ligadura de trompas (esterilização feminina) | (0) Não | (1) Sim |
| Vasectomia (esterilização masculina) | (0) Não | (1) Sim |
| DIU (Dispositivo Intra-Uterino) | (0) Não | (1) Sim |
| Diafragma | (0) Não | (1) Sim |
| Geléia Espermaticida | (0) Não | (1) Sim |
| Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica) | (0) Não | (1) Sim |
| Coito Interrompido | (0) Não | (1) Sim |
| Temperatura basal/Muco cervical | (0) Não | (1) Sim |
| Anticoncepcional Injetável | (0) Não | (1) Sim |
| “Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência | (0) Não | (1) Sim |
| Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos) | (0) Não | (1) Sim |
| (8) NSA | (0) Não | (1) Sim |

MESQPIL __

MHOPII __

MFUPIL __

MPAPIL __

MCREB __

AS QUESTÕES C95 A C101 DEVEM SER RESPONDIDAS POR HOMENS E MULHERES COM IDADE ATÉ 64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS

MCDST__

AGORA FALAREMOS SOBRE DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO ANO

C95) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) teve dor de cabeça?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
(1) Sim

MLIGIND__

C96) Quantos ataques de dor de cabeça o(a) Sr(a) teve desde <MÊS> do ano passado?

- (0) menos de 5 ataques
(1) 5 ataques ou mais
(8) NSA (9) IGN

MLIGFI__

C97) De um modo geral, se o(a) Sr(a) não tomar remédio ou se o remédio não adiantar, esses ataques de dor de cabeça duram:

- (1) Até 4 horas
(2) Mais de 4 horas a 3 dias
(3) Mais de 3 dias
(8) NSA (9) IGN

MINCLO__

C98) Em cada ataque de dor de cabeça, a dor de um modo geral, no início, é:

- (1) Somente em um dos lados da cabeça
(2) Às vezes em um lado, às vezes nos dois lados da cabeça
(3) Dos dois lados da cabeça ao mesmo tempo
(8) NSA (9) IGN

MRISCO__

C99) Essa dor de cabeça, de um modo geral, é:

- (1) Latejante/pulsátil
(2) Em pressão ou aperto
(3) Em fisgada ou pontada
(4) Outro modo
(8) NSA (9) IGN

MTFIL__

MNFIL__

MPRIMEF__

C100) Essa dor de cabeça, de um modo geral:

- (0) Não atrapalha suas atividades do dia-a-dia
(1) Atrapalha um pouco suas atividades do dia-a-dia
(2) Atrapalha totalmente suas atividades do dia-a-dia
(8) NSA (9) IGN

MGINDH__

C101) Quando o(a) Sr (a) sente dor de cabeça:

Ela é acompanhada de vontade de vomitar ou enjôo?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Ela piora na presença de luz ou claridade?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Ela piora com barulhos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
Ela piora com atividades como caminhar, subir escadas, abaixar-se?
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

MGINDM__

MGIND __

MGPIL __

MGCAMM __

MGCAMF __

MGLIGA __

MGVASE __

MGDIU __

MGDIAF __

MGGEL __

MGTABE __

MGCOIT __

MGTEMP __

MGINJ __

MGEMER __

MGOUT __

EDORC __

EATAQ __

EDUR __

ELOC __

ETIP __

EATIV __

ENAU __

ECLAR __

EBARU __

	<i>EPIAT</i> __
AS QUESTÕES C102 A C110 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>HOMENS</u> COM <u>20 ANOS OU MAIS</u> AGORA FALAREMOS SOBRE RENDIDURA OU HÉRNIA NA VIRILHA 	
C102) O Sr. tem ou já teve rendidura ou hérnia na virilha? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C105 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>HERNIA</i> __
C103) Há quanto tempo o Sr. sabe que tem rendidura ou hérnia na virilha? __ __ ano(s) __ __ meses	<i>HIMES</i> __ __
C104) O Sr. já foi operado de rendidura ou hérnia na virilha? (000) Não Sim → SE SIM: Há quanto tempo? __ __ano(s) __ __meses (888) NSA (999) IGN	<i>HOPMES</i> __ __ __
C105) O Sr. tem algum parente: pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, que tem ou teve rendidura ou hérnia na virilha? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>HIHF</i> __
C106) Com que frequência o Sr. costuma praticar exercícios abdominais? (3) Nunca (4) Menos de uma vez por semana (5) Uma vez por semana (6) Duas ou mais vezes por semana (8) NSA (9)IGN	<i>HABD</i> __
C107) O Sr. costuma ter prisão de ventre? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>HOBST</i> __
C108) O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>HTOSSE</i> __
C109) Com que frequência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho ou em outra atividade? (4) nunca (5) raramente (6) geralmente (3) sempre	<i>HLVPSO</i> __

<p>(8) NSA (9) IGN</p> <p>C110) Quantos lances de escada ou andares de escada o Sr. costuma subir diariamente em casa ou no trabalho? ____ lances/dia (00) Se não utiliza escada diariamente (88) NSA (99) IGN</p> <p>QUEREMOS AVISAR O SR. QUE PARA UMA PESQUISA COMPLEMENTAR, UM MÉDICO PODE VIR LHE FAZER UMA NOVA VISITA NOS PRÓXIMOS DIAS.</p> <p>Horário do término da entrevista ____ : ____</p>	<p><i>HSOBES</i>__ __</p>
<p>AS QUESTÕES C111 A C120 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE <u>20 E 49 ANOS</u> 11 MESES E 29 DIAS SE FOR MULHER E TIVER IDADE ENTRE 50 E 59 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS, PULAR PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO</p> <p>AGORA FALAREMOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER</p>	
<p>C111) Nos últimos três meses, a Sra. menstruou normalmente? (0)Não → PULE PARA A QUESTÃO C119 (1) Sim (9) IGN</p> <p>VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUações. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>SENTIMENTOS</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUação. SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.</p> <p>C112) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficou triste, com vontade de chorar? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou com muita raiva de alguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou irritada, “briguenta” ou de mau humor? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava muito nervosa ou tensa? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava muito confusa? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou com vontade de se isolar, de não ver ninguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho? (0)Não (1)Sim (9) IGN <p>VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUações. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>ALTERAÇÕES EM SEU CORPO</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUação. SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.</p> <p>C113) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra. teve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor ou aumento de tamanho nos seios? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto? 	<p><i>SMENS</i>__</p> <p><i>STRIS</i> __</p> <p><i>SRAIV</i> __</p> <p><i>SIRIT</i> __</p> <p><i>SNERV</i> __</p> <p><i>SCONF</i> __</p> <p><i>SISOL</i> __</p> <p><i>SCANS</i> __</p> <p><i>SEIOS</i> __</p>

<p>- Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Inchaço nas mãos ou nas pernas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Ganho de peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>		<p>SBARG __</p> <p>SCABE __</p> <p>SMAOP __</p>
SGPES __		
<p>C114) Algum dos problemas perguntados acima:</p> <p>Atrapalhou seu relacionamento em casa? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>Precisou que faltasse à escola? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>Precisou que faltasse ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>Outros problemas: _____</p>		<p>SDORJ __</p> <p>SDIFA __</p> <p>SFALS __</p> <p>SFALT __</p> <p>SDIF __</p>
<p>C115) A Sra. acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C117 (1) Sim (9) IGN</p>		
<p>C116) A Sra. fez ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual?</p> <p>(0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN</p>		<p>STPM __</p>
<p>C117) A Sra. toma algum hormônio ou remédio para a menopausa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>		<p>STRAT __</p>
<p>C118) A Sra. tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN</p>		<p>SREME __</p>
<p>C119) A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO</p> <p>(1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>EMEN __</p>
<p>C120) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>EPIL __</p> <p>EAUM __</p>
<p>AS QUESTÕES C121 A C130 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE 20 E 59 ANOS 11 MESES E 29 DIAS</p> <p>AGORA FALAREMOS SOBRE EXAMES DE PREVENÇÃO</p>		
<p>C121) A Sra já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>CCAN __</p>
<p>C122) Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra já ouviu falar deste exame?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C128</p> <p>(1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>CPREC __</p>

C123) A Sra já fez este exame?

(00) Não

(88) NSA (99) IGN

Sim → **SE SIM: quantas vezes?**__ __

A Sra fez este exame no Posto de Saúde durante a Campanha de 2002?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

SE JÁ FEZ ESTE EXAME ALGUMA VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C125

C124) Por que a Sra nunca fez este exame? (marcar a resposta dada pela entrevistada na coluna (1), a seguir LER AS OPCÕES e marcar as respostas nas colunas (2) e (3). Se a primeira resposta for a opção “F”, não ler as demais).

- a) Acha que vai doer (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não
b) Tem medo que dê câncer (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não
c) Não sabe onde faz (1) Não Sabe, esp. (2)Não sabe, ind. (3)Sabe
d) O médico não pediu este exame
(1) Não pediu esp. (2)Não pediu, ind. (3)Pediu
e) Sente vergonha (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não
f) Nunca teve relações sexuais (não ler) (1) Nunca teve,esp. (9) IGN
(6)Outra opção _____ (8) NSA
(9) IGN

PULE PARA A QUESTÃO C128

C125) Há quanto tempo a Sra fez este exame?

Pela última vez__ __anos __ __meses

E antes desta última vez__ __anos __ __meses

(8888) NSA (9999) IGN

C126) Onde a Sra costuma fazer este exame para evitar o câncer do colo do útero?

- (1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do SUS ou Faculdade de Medicina
(2) Clínica ou consultório por convênio
(3) Clínica ou consultório particular
(4)Outro _____

C127) O resultado deste exame demora alguns dias para ficar pronto. A Sra ficou sabendo o resultado do último exame que evita o câncer do colo do útero?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C128) Este exame serve para ver se tem câncer no colo do útero. A Sra acha que este tipo de câncer tem cura?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C129) A Sra consultou com ginecologista de <MÊS> do ano passado pra cá?

(0) Não Sim → SE SIM: (1)SUS (2)Convênio (3)Particular
(8) NSA (9) IGN

CFEZP__ __

C2002__

CDOI__
CMEDO__
CNOND__

CNPED__
CVERG__
CNREL__
COUTR__

CULPR

CPNPR

CONFZ__

CSABU__

CCACU__

CGANO__

C130) A Sra acha que o exame ginecológico dói?

(0) Não

Sim

SE SIM (1) **Um pouco**

(2) **Mais ou menos** (3) **Muito**

(8) NSA (9) IGN

*CEXDO*__

Horário do término da entrevista __ __ : __ __