



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA

**CAMPANHA NACIONAL DE DETECÇÃO
DE DIABETES MELLITUS EM UMA CIDADE
DO SUL DO BRASIL: QUEM PARTICIPOU?**

MARIA ALICE SOUZA DE OLIVEIRA DODE

PELOTAS, RS
2004



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA

**CAMPANHA NACIONAL DE DETECÇÃO
DE DIABETES MELLITUS EM UMA CIDADE
DO SUL DO BRASIL: QUEM PARTICIPOU?**

MARIA ALICE SOUZA DE OLIVEIRA DODE

ORIENTADORA: MARIA CECÍLIA FORMOSO ASSUNÇÃO
CO-ORIENTADORA: NEIVA CRISTINA JORGE VALLE

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Prof^a Maria Cecília Assunção, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, para obtenção do título de Mestre em Ciências (M.S.)

PELOTAS
Rio Grande do Sul - Brasil
Outubro de 2004

D643c Dode, Maria Alice Souza de Oliveira
Campanha nacional de detecção de diabetes mellitus
em uma cidade do Sul do Brasil : quem participou ? / Maria
Alice Souza de Oliveira Dode ; orientadora Maria Cecília F.
Assunção ; co-orientadora Neiva C. J. Valle.- Pelotas:UFPel,2004.
vii , 106f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pelotas ; Programa de Pós Graduação em Epidemiologia,2004.

1. Epidemiologia. 2. Diabetes Mellitus. 3. Cobertura.
4. Rastreamento. 5. Base Populacional. I. Assunção, Cecília F.
II. Valle, Neiva C. J. III. Título.

CDD 616.462

Dedico este trabalho ao meu esposo
José Carlos e aos nossos filhos
Rebecca e José Carlos Filho

AGRADECIMENTOS

Quando recém-formada e com os filhos ainda pequenos, li certa vez em uma revista feminina uma reportagem sobre uma recém-mestra. Nesta, ela dizia que se arrependia apenas de uma coisa durante os anos de mestrado: “Ter perdido os 2 anos mais importantes da vida da filha”. Eu trazia na minha bagagem a vivência de minha mãe, que me fez ver que filhos só crescem uma vez e que com a perda da juventude, perde-se um pouco da energia necessária para criar filhos, mas se ganha em maturidade, serenidade e objetividade. Obrigada mãe, por eu ser quem eu sou!

Cheguei ao lugar certo na hora certa! E... Cesar, eu mergulhei na epidemiologia! Com certeza, foram dois anos de muita dedicação e prazer!

Agradeço ao Cesar, pelas inúmeras contribuições ao meu trabalho, desde a concepção da idéia, revisão teórica e, agora, atuação na banca.

Iná, tua serenidade, delicadeza e firmeza me cativaram desde os tempos de estudante. Mas o tempo te fez mais sábia. Obrigado, pelo que está por trás do que está sendo dito.

Ana, Facchini, Ana Cláudia, Aluísio, Denise, Cora, Bernardo, todos os momentos compartilhados foram de intenso enriquecimento.

Conviver com pessoas da qualidade científica da equipe do CPE foi um privilégio.

Colegas, foi muito bom dividir com vocês estes dois anos. Cada um de vocês teve para mim papel importante dentro deste mestrado. Eu consegui aproveitar o melhor de cada um, todos foram parceiros dos momentos mais

difíceis. Ser estudante nos rejuvenesce. Foi árduo, mas junto com as ansiedades e tristezas também houve muitas alegrias.

Tivemos vários grupos de estudo, mas gostaria de agradecer em especial ao último grupo, o que sofreu com a prova de qualificação. Foram meses de convívio diuturno, sopas, pizzas, massas, bolachas, filhos, maridos, namorados, vieses, fatores de confusão, delineamentos, risos, lágrimas, dores, enxaquecas, ansiedades, quilos a mais, a menos, e muita amizade.

Gicele, Luciane, Cida, o pior passou. Ficou um forte afeto e a lembrança dos momentos de companheirismo.

Agradeço ainda, a outras duas amigas que foram impulsionadoras no início deste mestrado, Eliane Spuldaro e Vera Silveira. Vocês acreditaram que seria possível vencer todos os obstáculos, ouviram, entenderam e empurraram para frente.

Rebecca e Zuza, vocês foram maduros o suficiente para serem parceiros nesta etapa tão importante da minha vida. Eu amo vocês, filhos.

Zeca, eu sei que não foi fácil para ti ficar só. Mas, soubeste entender que a melhor esposa é a esposa feliz. Obrigado pela tolerância, respeito e desprendimento.

Neiva e Cecília, vocês foram mais do que as orientadoras da tese, vocês foram orientadoras de vida, competentes, sérias quando deveriam e brincalhonas quando podiam. Sei que estou engatinhando no aprendizado da epidemiologia, mas as portas estão abertas para um mundo novo que quero conquistar. Hoje, atiro meu cachecol para trás e parto para a nova vida que conquistei!

ÍNDICE

Prefácio.....	vii
I. Projeto de Pesquisa.....	1
1. Introdução.....	2
2. Justificativa.....	3
3. Revisão da Literatura.....	5
4. Marco Teórico.....	9
5. Objetivos.....	12
6. Hipóteses.....	13
7. Metodologia.....	14
8. Financiamento.....	24
9. Cronograma.....	25
10. Referências Bibliográficas.....	26
II. Relatório do Trabalho de Campo.....	33
1. Introdução.....	34
2 Questionário.....	34
3. Manual de Instruções.....	35
4. Pré-piloto.....	35
5. Processo de Amostragem.....	35
6. Reconhecimento dos Setores Censitários.....	36
7. Controle de Qualidade do Trabalho das Batedoras.....	37
8. Sorteio dos Domicílios.....	37

9. Localização dos Moradores.....	37
10. Divulgação na Imprensa.....	37
11. Seleção de Entrevistadoras	38
12. Piloto.....	39
13. Coleta de Dados.....	39
14. Codificação.....	40
15. Controle de Qualidade.....	40
16. Tratamento de Perdas e Recusas.....	40
III. Artigo.....	42
Artigo: Campanha de Detecção de Diabetes: um estudo de base populacional no sul do Brasil.....	43
Resumo.....	44
Abstract.....	46
Introdução.....	48
Materiais e Métodos.....	50
Resultados.....	54
Discussão.....	57
Referências.....	64
IV. Artigo para a imprensa local.....	72
Anexos.....	75
Anexo 1: Quadro de Revisão.....	76
Anexo 2: Questionário Domiciliar.....	79
Anexo 3: Questionário Adultos Maiores de 20 anos.....	82
Anexo 4: Manual de Instruções.....	102
<i>Anexo 5: Regras para publicação em revista</i>	<i>103</i>

PREFÁCIO

Esta dissertação está sendo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

O volume está dividido em quatro partes, de acordo com as exigências do programa de Pós Graduação, conforme se segue:

Parte I

Projeto de pesquisa “Campanha Nacional De Detecção de Diabetes Mellitus Em Uma Cidade No Sul Do Brasil: Quem Participou?” realizado durante o curso de mestrado em Epidemiologia no ano de 2003, e apresentado para revisão em outubro de 2003.

Parte II

Relatório de Trabalho de Campo, que apresenta as atividades realizadas durante o trabalho de campo com o objetivo de coletar dados propostos no projeto.

Parte III

Artigo resultante do tema estudado.

Parte IV

Resumo dos principais achados e contribuições da pesquisa para a divulgação nos meios de comunicação.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA**

I. PROJETO DE PESQUISA

**CAMPANHA NACIONAL DE DETECÇÃO
DE DIABETES MELLITUS EM UMA CIDADE
DO SUL DO BRASIL: QUEM PARTICIPOU?**

MARIA ALICE SOUZA DE OLIVEIRA DODE

**ORIENTADORA: MARIA CECÍLIA FORMOSO ASSUNÇÃO
CO-ORIENTADORA: NEIVA CRISTINA JORGE VALLE**

**Pelotas, RS
2003**

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença grave responsável por uma enorme carga para a sociedade, não só pelos custos financeiros que acarreta, mas também pelo prejuízo social, já que é responsável por um aumento da mortalidade precoce e por muitas incapacitações^{1, 2}.

Estudo realizado em 1987, em nove capitais brasileiras³, mostrou que metade dos portadores de diabetes desconhece sua condição. Outros estudos^{4,5} mostraram que os portadores de diabetes já apresentavam complicações micro-vasculares ao diagnóstico com resultados variando de 25 a 50%.

Devido a esse quadro e, com a criação de um pacto solidário entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde e com o apoio e participação de diversas sociedades médicas e entidades vinculadas a esta doença, foi criado, no Brasil, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Esse plano tem como objetivo geral o estabelecimento das diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde (SUS). Também objetiva intensificar as ações voltadas à prevenção primária, redução e controle dos fatores de risco, detecção, vinculação e tratamento dessas doenças na rede básica de saúde, além de capacitação de recursos humanos e melhoria dos atendimentos especializados e da assistência farmacêutica¹.

2. JUSTIFICATIVA

Em março e abril de 2001, como parte do plano de reorganização, o governo federal implantou uma campanha em nível nacional com o objetivo de detectar os casos suspeitos de diabetes através da oferta de testes de glicemia capilar a todos os usuários do SUS. A população-alvo da campanha foram os indivíduos com 40 anos de idade ou mais e, usuários do SUS. Foram considerados usuários do SUS, 75% das pessoas com a faixa etária estabelecida, segundo dados do IBGE/1999.¹ Aos municípios participantes da campanha, o governo federal forneceu glicosímetros, tiras reagentes e lancetas.

Na campanha de divulgação foram utilizados vários tipos de cartazes e folhetos informativos para pacientes e médicos. Houve a inserção de mensagens em redes de TV, *outdoors* e mídia impressa. O Ministério da Saúde financiou, também, a realização de quatro encontros macro-regionais para capacitação de multiplicadores, formando 13.859 profissionais¹.

A cobertura nacional da campanha foi de 72%, sendo que, no Rio Grande do Sul, foi de 59%, a segunda mais baixa do país. A prevalência de exames suspeitos foi de 19,4%, sendo esse valor dos mais altos do país, no qual apresentou 15,5% dos exames de glicemia realizados foram considerados suspeitos. Fazia parte do objetivo da campanha a confirmação dos casos suspeitos, mediante realização de dosagem da glicemia plasmática de jejum, solicitada através de consulta em unidade de saúde mais próxima, para onde seriam encaminhados os pacientes com exames suspeitos. Através desses passos, seria avaliada a aceitabilidade da campanha, a partir da acessibilidade a ela e, posteriormente, à rede do SUS para confirmação do diagnóstico, início do acompanhamento e tratamento^{1,6}.

Em Pelotas, (incluindo Arroio do Padre, município desmembrado que foi incluído no denominador como parte do município) a meta da campanha era atingir 94.000 indivíduos com mais de 40 anos (75% da população total desta faixa etária, supostos usuários do SUS). Foram realizados 40.566 exames o que resultou em uma cobertura de 43,15% (considerada baixa cobertura)⁶. Desses, 16.03% estavam alterados, ou seja, apresentavam valores de glicemia capilar de jejum igual ou superior a 100 mg/dL ou sem jejum igual ou superior a 140 mg/dl⁷.

O presente estudo visa a descrever os indivíduos captados pela campanha, verificando se aqueles com fatores de risco conhecidos para a doença foram atingidos, e se os que apresentaram testes alterados realizaram o diagnóstico de certeza e se estão em tratamento. Além disto, através do estudo da cobertura e do foco da campanha, pretende-se proporcionar informações importantes para o planejamento das ações e políticas de saúde.

Através da cobertura, será possível avaliar a proporção de indivíduos que realizaram o teste em relação à população-alvo da campanha e pela análise do foco será possível detectar a proporção de indivíduos que realizaram o teste e que, realmente, atendiam os critérios estabelecidos pela campanha, ou seja, ter 40 anos de idade ou mais e ser usuário do SUS.

3. REVISÃO DA LITERATURA

As bases de dados consultadas foram Medline, Web of Science, Cochrane, Lilacs e PAHO, de 1990 até 2003.

A busca também incluiu outras fontes como: National Institutes of Diabetes & Digestive and Kidney Diseases, Diabetes United Kingdom, Diabetic Data Center (UK), International Diabetes Federation, World Health Organization, Agency for Health Care Research and Quality.

Os descritores utilizados nas buscas foram: diabetes AND screening AND evaluation studies; diabetes mellitus AND community health services AND epidemiology; diabetes mellitus AND cost-benefit analysis AND epidemiology; diabetes mellitus AND data collection AND epidemiology; diabetes mellitus AND guidelines AND epidemiology; diabetes screening AND epidemiology; diabetes mellitus AND national health programs; diabetes mellitus AND programs evaluation; non-insulin dependent AND program evaluation; non-insulin dependent AND screening; diabetes AND screening.

Os critérios utilizados para inclusão de artigos foram: trabalhos em inglês, português e espanhol, diabetes tipo 2, recomendações para rastreamento, avaliação de custo-efetividade de rastreamento, consenso sobre rastreamento. Os critérios de exclusão foram: publicações em outras línguas, diabetes tipo 1, diabetes gestacional, artigos que avaliaram os testes diagnósticos, estratégias de rastreamento.

Através da revisão literária alguns tópicos, a seguir relacionados, são de extrema importância para este trabalho. O Quadro 1 (anexos), apresenta o resumo de artigos de relevância para este estudo.

A EPIDEMIA DO DIABETES

O diabetes mellitus é uma doença crônico-degenerativa prevalente em nosso meio que alcançou proporções epidêmicas em muitos países do mundo².

Juntamente com a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes é um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 27% dos óbitos no Brasil em 2000¹ e, portanto, constituindo importantes problemas de saúde pública.

Em 1987 foi realizado um Estudo Multicêntrico sobre prevalência de diabetes no Brasil³. Os resultados apontaram para uma prevalência de 7,6% para a população urbana de 30 a 69 anos, sendo 8,6% no RS⁸. Estima-se que, nos próximos 20 anos, devido ao aumento do número de casos, chegue-se a uma população de 300 milhões de pessoas no mundo inteiro com diabetes^{9,10}, 64 milhões nas Américas², sendo 12 milhões só no Brasil, representando, assim, uma grande carga não só para o sistema de saúde, mas também, para a sociedade como um todo.

O CUSTO SOCIAL E ECONÔMICO

O diabetes apresenta um custo alto para a sociedade porque aumenta a mortalidade precoce e as incapacitações devido aos eventos cardiovasculares, cegueira, insuficiência renal crônica e amputações de extremidades^{11,12,13,14,15}.

O tratamento do diabetes, incluindo suas complicações, consome por volta de 15% do orçamento para a saúde nos EUA, conforme a Associação Americana de Diabetes¹⁴. Recentes dados parecem indicar que a idade de início da doença está diminuindo, o que traz como consequência direta o fato do indivíduo conviver mais tempo com a doença, estando mais sujeito à presença de complicações. A mudança dos valores para critérios diagnósticos de diabetes pela Associação de Diabetes Americana, diminuindo a taxa de glicemia de jejum para diagnóstico de diabetes mellitus, trouxe um relevante impacto nos custos de saúde, pois aumentou a captação de diabéticos^{16,17}.

Por outro lado, devem ser considerados os custos com rastreamento e a absorção desses pacientes pelo sistema de saúde, no que tange a pessoal, exames e medicações^{16,18,19}. Baseado nisso, calcula-se que mesmo para pessoas com algum risco, os gastos para rastrear todas as pessoas com mais de 45 anos, baseados só na idade, não são custo-efetivo e devem ser feitos em populações com múltiplos fatores de risco¹⁹.

O RASTREAMENTO

De acordo com os critérios promulgados por Wilson²⁰, o rastreamento populacional é apropriado quando a patologia preenche sete condições: 1) deve ser um importante problema de saúde; 2) deve-se conhecer a história natural da doença; 3) deve ter uma fase pré-clínica (assintomática) durante a qual pode ser detectada (período de latência); 4) devem existir disponíveis testes aceitáveis e confiáveis que possam detectar o estágio pré-clínico da doença; 5) o tratamento após a detecção precoce permite um benefício superior ao obtido quando o tratamento é retardado; 6) os custos de uma busca de casos e tratamento são razoáveis e estão de acordo com os gastos com saúde como um todo, e existem equipamentos e recursos tanto físicos como profissionais para tratar o novo caso diagnosticado; 7) o rastreamento deve ser um programa continuado e não um esforço isolado, pois, se não for assim, muitos autores sugerem que o diagnóstico precoce poderia causar somente aumento da carga de ansiedade e sofrimento do indivíduo, por saber-se precocemente portador de uma doença crônico-degenerativa ("Rótulo"), sem resultar em benefício²¹.

No caso do diabetes mellitus, as condições de um a quatro são preenchidas. Já as condições cinco a sete têm sido motivo de muitos estudos e discussões. Não existe, até o momento, um ensaio clínico randomizado documentando a efetividade de um programa de rastreamento para diminuir a mortalidade e morbidade causadas pelo diabetes, provavelmente por problemas de custos e factibilidade^{22,23}.

Embora exista ampla evidência científica mostrando que certos fatores de risco predisõem os indivíduos ao desenvolvimento de diabetes, e esteja bem estabelecido que o tratamento deva ser efetivo em reduzir as

complicações micro-vasculares da doença^{4,23}, não existem evidências suficientes para concluir que os anos de tratamento adicionais que possam ser recebidos por indivíduos diagnosticados através de programas de rastreamento resultem em melhorias clinicamente importantes nos resultados²², pois tais pesquisas são realizadas em pessoas já diagnosticadas²⁴. Existem controvérsias quanto a relação custo-efetividade do rastreamento comunitário, bem como se os profissionais e serviços de saúde têm feito rastreamentos contínuos conforme alguns consensos orientam²³, e não somente através de “Campanhas de rastreamento”.

A revisão sistemática da literatura sobre o assunto aponta a falta de estudos que avaliem a efetividade de um rastreamento de base populacional^{13,22-27}, e a maioria recomenda realizar rastreamento do diabetes a cada 3 anos, com início aos 45 anos, principalmente em indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Testes devem ser realizados em indivíduos mais jovens que apresentem outros fatores de risco, além dos já citados, como: história familiar de diabetes mellitus (1º grau) sedentarismo, história de intolerância à glicose ou glicemia de jejum alterada, pertencer a determinadas etnias (afro-americanos, hispano-americanos, nativo-americanos, asio-americanos e moradores das ilhas do Pacífico, (no Brasil, estudo na Bahia demonstrou uma maior prevalência na raça negra, embora não tenha sido encontrada diferença no estudo multicêntrico),³ sinais de insulino-resistência (presença de ovário policístico ou acantose nigricans)^{28,29}, ou associados a esta, ter níveis de HDL ≤ 35 mg/dl e/ou triglicerídeos séricos ≥ 250 mg/dl^{22,23}.

Existem recomendações, no entanto, para que não se realize rastreamento fora de um serviço de saúde²². Da mesma forma, as consequências psicológicas e econômicas de um rastreamento não são conhecidas e os estudos que abordam esse aspecto apresentam resultados controversos^{13,23,30,31}.

Também não se sabe se os serviços existentes conseguem absorver a demanda que já existe, principalmente para uma doença que exige cuidados intensivos dos pacientes já diagnosticados^{23,25,30,32}.

4. MARCO TEÓRICO

A renda e a escolaridade poderão agir no modelo de determinação de frequência à campanha, influenciando a capacidade de reconhecimento dos fatores de risco para o diabetes³, a adesão aos tratamentos e orientações médicas, como também o reconhecimento do diagnóstico prévio, servirão de incentivo para a participação na campanha, despertando a necessidade de aderir à mesma.

A raça poderá influenciar a participação na campanha uma vez que estudos indicam que a prevalência de diabetes mellitus é maior na raça negra^{23,28}, e fatores de risco para a doença, como a hipertensão, prevalecem mais nessa raça. Acredita-se que a participação na campanha poderá estar mais relacionada à presença de história familiar de diabetes e inserção na classe social mais baixa^{3,33}, do que pelo reconhecimento da raça como um fator de risco.

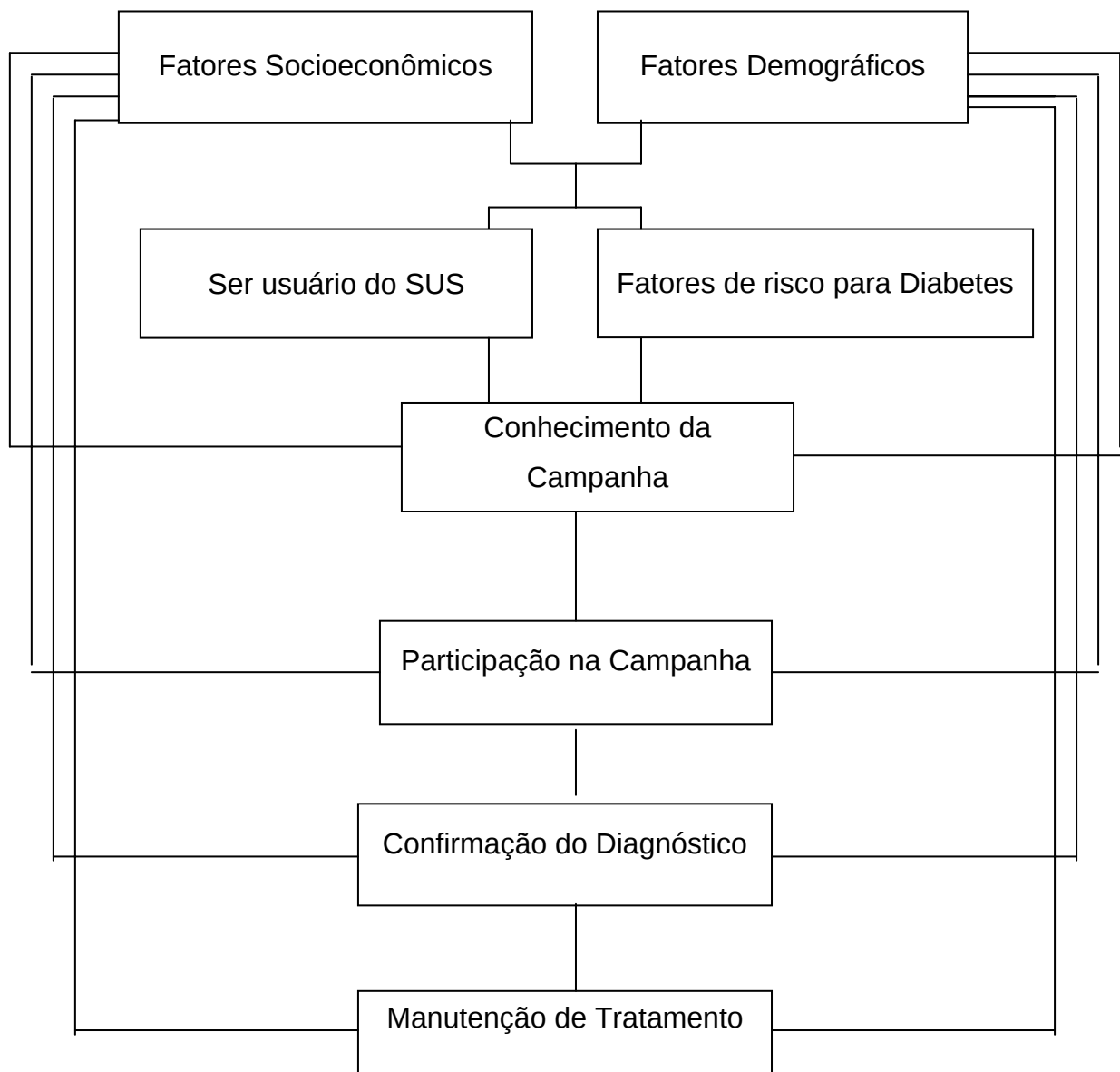
Da mesma forma, o sexo do indivíduo poderá influenciar no engajamento à campanha. Historicamente as mulheres têm uma maior resposta aos chamados de saúde^{3,8,33,34}.

O avanço da idade predispõe não só o aparecimento do diabetes, como o seu diagnóstico³, levando-nos a pensar que a motivação para participar da campanha será maior naqueles indivíduos que já sabem do seu diagnóstico e o farão unicamente para controle.

Além da variável idade, outros fatores são apontados como de risco para o diabetes e suas complicações, como história familiar de diabetes, que foi associada com alta prevalência de diagnóstico prévio no estudo multicêntrico³, hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e parto de filho maior de 4 kg. O reconhecimento desses como fatores de risco poderá ter

determinado a frequência à campanha, embora alguns destes fatores, tais quais a história familiar, hipertensão arterial e colesterol altos sejam motivos para rastreamento de diabetes, através do médico, nas unidades de saúde³⁶. Portanto, a inclusão dos indivíduos na faixa etária estabelecida pela campanha, ser usuário do SUS, fatores socioeconômicos e demográficos, e a presença de fatores de risco conhecidos para diabetes mellitus poderão ter determinado a participação do indivíduo na campanha.

A positividade do teste poderá ter determinado a ida à unidade de saúde para confirmar o diagnóstico e a manutenção do tratamento. Essa poderá ter sofrido influência dos determinantes anteriores na mesma ordem, sendo, a chegada desse indivíduo à consulta médica e a manutenção do tratamento, os desfechos finais.

MODELO TEÓRICO HIERARQUIZADO

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Medir a cobertura, foco e avaliar os fatores associados à participação na Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus realizada no ano de 2001.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir a cobertura da campanha
- Medir o foco
- Descrever a população captada pela campanha, segundo fatores socioeconômicos, demográficos, indicador nutricional, morbidade referida, história familiar de diabetes mellitus e utilização de serviço de saúde.
 - Verificar fatores associados à participação na campanha
 - Medir a prevalência de testes alterados
 - Descrever a confirmação de diagnóstico
 - Descrever, entre os indivíduos com testes alterados, os que estão em tratamento.

6. HIPÓTESES

- A cobertura da campanha será em torno de 40% e o foco, 20%.
- A participação na campanha estará diretamente relacionada com: ser do sexo feminino, pertencer à faixa etária de 40 a 60 anos, ter maior escolaridade, ter sobrepeso ou obesidade, ter história familiar de diabetes e ser portador de hipertensão arterial sistêmica.
 - Pessoas com diagnóstico prévio de diabetes e fora da faixa etária participarão da campanha.
 - A prevalência de testes alterados será em torno de 15%.
 - Dos testes alterados, 50% procurarão à confirmação diagnóstica.
 - Dos testes alterados e confirmados, 50% permanecerão vinculados a serviço de saúde e sob tratamento.

7. METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal de base populacional.

POPULAÇÃO

População-alvo

Adultos moradores na zona urbana da cidade de Pelotas.

AMOSTRA

Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho de amostra com o objetivo de avaliar a prevalência de pessoas que participaram da campanha, foram utilizados os dados de um estudo pré-piloto realizado na cidade, em setor censitário, que não será incluído na amostra. Para pessoas maiores de 20 anos a prevalência encontrada foi de 20%. Considerando-se um erro aceitável de três pontos percentuais, um nível de confiança de 95%, se necessitará de 683 pessoas. Acrescentando-se 10% para perdas e recusas, a necessidade será de 751 indivíduos. Corrigindo para um provável efeito de delineamento de 1,5, será necessário entrevistar 1126 pessoas. Sabendo-se através do censo demográfico de 2000³⁷, que existem 2,1 pessoas

nessa faixa etária, por domicílio na cidade de Pelotas, encontrar-se-á a população esperada em aproximadamente 536 domicílios.

Para o cálculo do tamanho de amostra com o objetivo de detectar associações, utilizando-se um nível de confiança de 95%, poder de 80%, o maior tamanho de amostra encontrado para o menor risco esperado foram os valores descritos no quadro (Quadro 2) abaixo. Utilizaram-se como referência os dados obtidos através do pré-piloto realizado e descrito em item posterior.

Quadro 2. Cálculo do tamanho de amostra para associações.

Exposição	Razão não exposto/ exposto na população	Prevalência de ida à campanha no grupo não exposto	Risco Relativo=2 n	final* n	Risco Relativo=1,5 n	final* n
Idade >40 anos	3:2	10%	445	844	1490	2827

*após acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para fatores de confusão e 1,5 para efeito de delineamento.

Amostragem

Este estudo será realizado através de um consórcio de pesquisa entre os mestrandos do curso de pós-graduação de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendessem aos objetivos gerais e específicos de seus projetos, incluindo estimativas para prevalência e associação. De forma a facilitar a logística do trabalho de campo e, também, para diminuir os custos deste processo, optou-se

por utilizar uma amostra por conglomerados. Para definição dos conglomerados, foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000.

A partir desses resultados, verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos os mestrados seria de 1400, considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Em função da necessidade de reduzir os efeitos de delineamento, baseado em estudos anteriores que utilizaram 20 domicílios por setor, decidiu-se amostrar 10 domicílios em cada um dos setores selecionados. De forma a se obter um número igual de setores para os 16 mestrados participantes do consórcio, em vez de 140 setores, aumentou-se a amostra para 144 setores (nove por mestrado), resultando num total de 1440 domicílios.

Para cada um dos 404 setores censitários (foram excluídos quatro setores especiais), foi calculada a renda média do chefe do domicílio. Os setores foram então colocados em ordem crescente, e foi calculado o número cumulativo de domicílios do primeiro ao último setor. O número total de domicílios (92407) foi dividido por 144 de forma a se obter o pulo para a seleção sistemática a ser realizada, que resultou 642. O número 88 foi selecionado aleatoriamente, entre um e 642, usando o software Stata 8.0³⁸, determinando o primeiro setor a ser incluído na amostra, aquele que incluía o 88º domicílio. Ao número 88 foram adicionadas 642 unidades, de forma que o segundo setor selecionado foi o que incluía o 730º domicílio. Este processo foi repetido até que o número obtido superasse o total de domicílios. Neste ponto, 144 setores haviam sido selecionados. Esta amostragem sistemática de setores ordenados pela renda média do chefe do domicílio equivale a um processo de estratificação.

A seleção de domicílios dentro de cada setor selecionado seguiu uma lógica semelhante à seleção de setores. O número de domicílios do setor registrado pelo Censo Demográfico de 2000 foi dividido por 10 (o número de domicílios desejados) de forma a se obter o pulo. Um número entre 1 e o pulo de cada setor foi determinado de forma aleatória, sendo este o primeiro domicílio. Os domicílios seguintes foram determinados pela adição do valor do pulo, repetindo o processo até o fim do setor. Cada setor estudado teve seus domicílios enumerados para esta seleção, sendo que a estratégia descrita acima foi aplicada à lista obtida para cada setor. Em caso de aumento do número de domicílios em relação ao Censo, foram

selecionado mais do que os 10 domicílios inicialmente planejados. O oposto ocorreu nos setores onde houve redução do número de domicílios.

INSTRUMENTOS

Serão utilizados questionários padronizados pré-codificados contendo 10 questões específicas para este projeto como parte de um questionário maior, composto por uma parte geral contendo as variáveis demográficas e socioeconômicas e as 10 questões dos outros pesquisadores membros deste consórcio. Os questionários serão aplicados por entrevistadores do sexo feminino, com ensino médio completo, previamente treinados para este fim.

VARIÁVEIS A SEREM ESTUDADAS

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TIPO DE VARIÁVEL	DEFINIÇÃO
<i>Socioeconômicas</i>		
Nível social	categórica ordinal	Nível A,B,C,D e E
Renda	numérica contínua	Renda em Reais no último mês
Escolaridade	numérica contínua	Anos completos de estudo
<i>Demográficas</i>		
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino/feminino
Idade	Numérica contínua	Anos completos
Cor	Categórica dicotômica	Branca/não branca
Situação conjugal	Categórica dicotômica	Com companheiro/sem companheiro
<i>Nutricionais/comportamentais</i>		
Peso	Numérica contínua	Quilogramas
Altura	Numérica contínua	Centímetros
<i>Morbidades referidas</i>		
Hipertensão	Categórica dicotômica	Sim/não
Dislipidemia	Categórica dicotômica	Sim/não
Diabetes mellitus	Categórica dicotômica	Sim/não
<i>Antecedentes familiares</i>		
História familiar de diabetes	Categórica dicotômica	Sim/não
<i>Participação na campanha</i>		
Usuário do SUS	Categórica dicotômica	Sim/não
Conhecimento da campanha	Categórica dicotômica	Sim/não
Fonte da informação	Categórica nominal	Tv,rádio,posto,médico,amiga,vizinha
Repetiu teste na campanha	Categórica dicotômica	Sim/não
Resultado do exame	Categórica nominal	Normal/baixo/alto/não lembra
Ida ao médico	Categórica dicotômica	Sim/não

VARIÁVEIS A SEREM ESTUDADAS

Variáveis dependentes	Tipo de variável	Definição
Ida à campanha	Categórica dicotômica	Sim/não
Confirmação do exame no laboratório	Categórica dicotômica	Sim/não
Manutenção do tratamento	Categórica dicotômica	Sim/não

As variáveis dependentes “Confirmação do exame no laboratório” e “Manutenção do tratamento”, a priori, serão descritas. Dependendo dos resultados haverá a possibilidade de se fazer associações.

Para a variável dependente “Ida à campanha”, com o objetivo de avaliar a cobertura, o denominador será composto por 75% do total de indivíduos com 40 anos de idade ou mais (os supostos usuários do SUS) e, para avaliação de foco, os testes realizados na campanha.

Para a variável “Confirmação do exame no laboratório” o denominador será composto pelos indivíduos cujo teste deu alterado na campanha. Já, para a variável “Manutenção do tratamento”, o denominador compreenderá indivíduos confirmados como diabéticos após a realização do exame laboratorial confirmatório.

As associações com ida à campanha serão realizadas utilizando-se toda a amostra, assim como, somente para os que relataram serem usuários do SUS.

SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Mulheres com ensino médio completo serão selecionadas através de prova de conhecimentos gerais e entrevista, sendo realizado um treinamento de 40 horas após a seleção. Será feito, também, um teste piloto antes do início do campo para treinamento das entrevistadoras e avaliação inicial da aplicação dos instrumentos por parte destas.

LOGÍSTICA

Os entrevistadores, após serem selecionados e treinados, deverão entrevistar, em média, três domicílios por dia. Cada pesquisador será responsável pela supervisão de alguns setores censitários. Semanalmente haverá reunião com os entrevistadores para esclarecimentos de dúvidas, bem como para a revisão dos questionários e do andamento do trabalho.

ESTUDO PRÉ-PILOTO

Foi realizado um estudo pré-piloto no mês de julho de 2003, em que foram entrevistadas 192 pessoas com mais de três anos de idade, com o objetivo de testar algumas questões e verificar, embora com tamanho de amostra pequeno, algumas prevalências. As perguntas relacionadas a este trabalho foram:

1) Há dois anos atrás teve uma campanha em que faziam o teste do dedinho para saber se as pessoas tinham diabetes (ou açúcar no sangue). O Sr(a) participou desta campanha?

(0) não (1) sim (2) não lembra (8) NSA (99) IGN

2) O Sr (a) lembra como foi o resultado do seu açúcar no sangue?

(0) alto (1) baixo (2) normal (3) não lembra (88) NSA (99) IGN

Fizeram parte da amostra 141 pessoas com mais de 20 anos. A prevalência de ida a campanha na faixa etária maior de 20 anos foi de 23%. Destes, somente uma pessoa não lembrava o resultado do teste, mas muitos relataram o valor exato. Entre aqueles que fizeram o teste, 21% estavam alterados, sendo que nenhum deles pertencia à faixa etária - menor de 20 anos.

Quadro3 -Prevalência de realização de exames conforme sexo, idade e escolaridade

Variável	Fez exame N (%)
Masculino	10 (17)
Feminino	23 (28)
< 40 anos	6 (10)
> 40 anos	27(33)
> 8 anos de escolaridade	14(20)
< 8 anos de escolaridade	19(26)

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão digitados através do programa Epi-info 6.0. O controle de qualidade da informação será feito através de dupla-digitação, para comparação da entrada de dados, e checagem da consistência dos mesmos.

As análises serão realizadas através do pacote estatístico Stata 8.0 *for Windows*.³⁸ Inicialmente será realizada uma análise descritiva das variáveis para caracterizar a amostra.

Na análise bivariada serão calculadas as prevalências de ida à campanha e confirmação do resultado conforme as variáveis independentes, com respectivas razões de prevalência, intervalo de confiança e valor p. Será usado um nível de significância de 5%.

Na análise ajustada serão calculadas as razões de prevalência ajustadas, intervalos de confiança e valores p do cruzamento entre os desfechos e as variáveis independentes. Serão usados os testes estatísticos adequados a cada associação conforme o tipo de variável. Os fatores de confusão serão identificados a partir do modelo hierarquizado e serão controlados na modelagem de regressão.

CONTROLE DE QUALIDADE

Serão refeitas dez por cento das entrevistas com o objetivo de checar a veracidade das informações. Será aplicado um questionário resumido e, através da estatística kappa, será avaliada a concordância entre os achados.

ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será submetido à avaliação da Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Será explicada, aos entrevistados, a importância da participação, bem como o absoluto sigilo a ser mantido a respeito dos dados. Serão solicitados consentimentos verbais aos entrevistados, e assegurado aos mesmos o direito de não responder parte ou todo o questionário.

Aos indivíduos que informarem ter apresentado teste alterado e que não estão em tratamento médico será assegurada a consulta através de encaminhamento a um posto de saúde.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

As principais formas de divulgação dos resultados serão:

- Artigo científico para ser submetido à publicação em um periódico;
- Dissertação de conclusão do Curso de Mestrado em Epidemiologia;
- Sumário baseado nos principais resultados do estudo, a ser divulgado na imprensa local e entregue à Secretaria Municipal de Saúde do Município.

8.FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte de um consórcio de mestrado biênio 2003-2004, do Programa de pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e pelos mestrandos.

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.
2. Barceló A, Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Rev Panam de Salud Publica* 2001; 10(5): 300-308.
3. Malerbi DA, Franco L. The Brazilian Cooperative Group of the study of Diabetes Prevalence. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population aged 30-69yr. *Diabetes Care* 1992; 15(11): 1509-1516.
4. American Diabetes Association. UKPDS. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 2002; 25(1): S28-32.
5. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knuiman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr. before clinical diagnosis. *Diabetes Care* 1992;15:815-19
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus-Março-abril/2001. Relatório das Ações e Resultados Alcançados. Estudo de Cobertura da Campanha e Impacto no Perfil de Exames Diagnósticos Realizados. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

7. Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas. Relatório da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus em Pelotas. Pelotas 2003.
8. Polanczyk CA, Schmidt MI, Victora CG, Canani LH, Karohl C, Silveira SM, Duncan BB. Prevalência de diabetes mellitus e intolerância à glicose em adultos residentes em Porto Alegre. Rev Amrigs 1992; 36(4): 280-284.
9. Mokdad AH, Earl F, Bowman BA, Nelson DE, Engelgau MM, Vinicor F, Marks JS. Diabetes Trends in the US: 1990-1998. Diabetes Care 2000; 23:1278-1283.
10. Greenberg RA, Sacks DB. Screening for diabetes: is it warranted? Clínica Chimica Acta 2001; 315(2002): 61-69.
11. Eastman RC, Javitt JC, Herman WH, Dasbach EJ, Zbrozek AS, Dong F et al. Model of complications of NIDDM: Model construction and assumptions. Diabetes Care 1997; 20 (5): 725-734.
12. Eastman RC, Javitt JC, Herman WH, Dasbach EJ, Zbrozek AS, Dong F et al. Model of complications of NIDDM: II Analysis of the benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycemia. Diabetes Care 1997; 20 (5): 735-744.
13. Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Glumer C, Sandbaek A. Screening for Type 2 diabetes-should it be now? Diabetic UK. Diabetic Medicine 2003; 20: 175-181.
14. American Diabetes Association: Economic consequences of Diabetes Mellitus in US in 1997. Diabetes Care 1998; 21: 296-309.
15. Persson U. The indirect Costs of Morbidity in Type II Diabetic Patients. Pharmaco Economics 1995; 8(1): 28-32.

16. Mannucci E, Bardini G, Ognibene, Rotella C. Screening for diabetes in obese patients using the new diagnostic criteria. *Diabetes Care* 1998; 21(3): 468.
17. ADA - Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus .*Diabetes Care* 2000; 23:s4-s19.
18. Fletcher RH, Flecher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica bases científicas da conduta médica* 2nd ed;1988. p.207-224.
19. Lawrence JM, Bennett P, Young A, Robinson A. Primary Care. Screening for diabetes in general practice: cross sectional population study. *BMJ* 2001; 323: 548-551.
20. Wilson JMG, Jungner YG.[Principles and practice of mass screening for disease] . *Bol Oficina Sanit. Panam* 1968; 65: 281-393.
21. Harris R, Donahue K, Rathore S, Framwe P, Steven HW, Lohr K N. Screening adults for type 2 diabetes. [2003]. Available from: URL: <http://www.ahcpr.gov>
22. American Diabetes Association *Diabetes Care* 2003; 26(1): s21-s24.
23. Engelgau MM, Narayan KM, Herman WH. Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23(10): 1563-1580.
24. Goyder E, Irwig L. Screening for diabetes: what are we really doing? *BMJ* 1998; 317: 1644-1646.
25. Diabetes UK. Position Statement. Early identification of people with Type 2 diabetes. [2001]. Available from: URL:<http://www.diabetes.org.uk>

26. American College of Endocrinology, American Association of Clinical Endocrinologist. Guidelines for screening and managing diabetes in the United States of America. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 10(5): 358-360.
27. Wareham N, Griffin SJ. Should we screen for type 2 diabetes? Evaluation against National Screening Committee criteria 2001.
28. Brito IC, Lopes AA, Araujo LMB. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância a glicose em mulheres obesas em Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocr Metab* 2001; 45(5): 475-479.
29. Ramachandran A, Snehalatha C, Satyavani K, Sivasankari S, Vijay V. Type 2 diabetes in Asian-Indian urban children. *Diabetes Care* 2003; 26(4): 1022-1025.
30. UK National Screening Committee's Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. Department of Health. [2001]. Available from: URL:<http://www.doh.gov.uk>
31. Edelman D, Olsen MK, Dudley TK. Impact of diabetes screening on quality of life. *Diabetes Care* 2002; 25(6): 1022-1026.
32. Edelman D, Olsen M, Dudley T, Harris A, Oddone E. Quality of care for patients diagnosed with diabetes at screening. *Diabetes Care* 2003; 26(2): 367-371.
33. Sassi RM, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, 2001; 17(4): 819-832.

34. Rodríguez Paños B, Sanchis C, Gosálvez FG, División JA, Artiago LM, Abril JL et al. Prevalência de diabetes mellitus y su asociación a otros factores de riesgo cardiovascular en la província de Albacete Atención Primaria 2000; 25(3): 84-87.
35. Costa JSD, Fachini LA Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência Rev Saúde Publica; 31(4):360-369.
36. Harwell TS, Smilie J, McDowall RN, Helgerson SD, Gohdes D. Diabetes screening practices among individuals aged 45 years and older. Diabetes Care 2000; 23(1): 125-126.
37. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil: Rio de Janeiro, 2000.
38. Stata 8.0 for Windows. Stata corporation;2003. Stata Statistics Software: Release 8.0. In: College Station Texas: Stata Corporation.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Lindahl B, Weinehall L, Asplund K, Hallmans G. Screening for impaired glucose tolerance. Diabetes Care 1999; 22(12): 1988-1992.

Diabetes Prevention Program Research Group. Cost Associated with the primary prevention of type 2 diabetes mellitus in the diabetes prevention program. Diabetes Care 2003; 26(1): 36-47.

Diabetes Prevention Program Research Group. Diabetes Prevention Program: recruitment methods and results. Controlled clinical trials 2001; 23(2002): 157-171.

Caro JJ, Alexandra JW, O'Brien JA. Lifetime Costs of complications resulting from type 2 diabetes in the U.S. *Diabetes Care* 2002; 25: 476-481.

CDC Diabetes Cost-effectiveness study group. The cost-effectiveness of screening for type 2 diabetes. *JAMA* 1998; 280(20): 1757-1763.

Boer JMA, Feskens EJM, Kromhout D. Characteristics of non-insulindependent diabetes mellitus in elderly men: effect modification by family history. *Journal of the International Epidemiological Association* 1996; 25(2): 394-402.

Luján FM, Pinel BC, Romero DM, Gallisa TB, Gallisa JB, Piñol M. Los criterios de la ADA infravaloran el impacto de la diabetes en la población española de más alto riesgo. *Atención Primaria* 2000; 26(8): 505-515.

Spijkerman AMW, Adriaansec MC, Dekker JM, Nijpels G, Stehouwer CDA, Bouter LM, Heine RJ. Diabetic Patients detected by population-based stepwise screening already have a diabetic cardiovascular risk profile. *Diabetes Care* 2002; 25(10): 1784-1789

Owen K, Ayres S, Corbett S, Hattersley A. Increased risk of diabetes in first degree relatives of young-onset type 2 diabetic patients compared with relatives of those diagnosed later. *Diabetes Care* 2002; 25(3): 636-637.

Goldenberg P, Franco L, Pagliaro H, Silva RS, Santos CA. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(1): 37-45.

U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2nd ed. Washington, DC: Office of disease prevention and health promotion; 1996

DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.

Souza LJ, Chalita FEB, Reis AF, Teixeira CL, Neto CG, Bastos DA et al.
Prevalência de diabetes melitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes,
RJ Arq Bras Endocr Metab 2003; 47(1): 69-74.

II. RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas pelo grupo de mestrandos 2003/2004 do curso de pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O trabalho conjunto entre os mestrandos é realizado sob a forma de um consórcio entre estes com o objetivo de diminuir custos e dinamizar a realização da coleta de dados.

O presente estudo transversal de base populacional foi realizado na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, e incluiu pessoas com idade superior a três anos de idade.

A contratação, treinamento, divulgação e controle de qualidade de todo o trabalho foi feita através de divisão de tarefas entre os alunos deste mestrado, assim como a divisão das despesas que não foram cobertas pela verba disponível.

Em outubro de 2003 iniciou o trabalho de campo propriamente dito que terminou no dia 22 de dezembro. O trabalho dos digitadores estendeu-se até dia 09 de fevereiro de 2004.

Este documento relata as atividades desenvolvidas durante esta etapa do processo de pesquisa.

2. QUESTIONÁRIO (ANEXO)

O questionário era composto de 228 perguntas e englobava questões gerais, questões de interesse comum e as questões específicas de cada mestrando. Esses, individualmente, elaboraram um questionário composto em média de dez questões necessárias à obtenção dos dados das variáveis de interesse à sua pesquisa. O questionário final foi dividido em quatro partes, da seguinte forma:

Questionário A - Aplicado para as crianças de 03 a 09 anos de idade.

Questionário B - Aplicado aos adolescentes de 10 a 19 anos de idade.

Questionário C - Aplicado aos adultos maiores de 20 anos.

Questionário D - Questionário domiciliar, respondido pelo chefe da família e que compunha de questões socioeconômicas e familiares de interesse geral.

Estes últimos eram compostos de questões socioeconômicas, demográficas, nutricionais e de saúde. Cada mestrando dispunha das variáveis gerais e das específicas de seu estudo e, em comum acordo com os colegas poderia fazer uso de variáveis obtidas pelas questões de outros mestrandos, caso fossem necessárias a suas análises.

3. MANUAL DE INSTRUÇÕES (ANEXO)

Paralelo à confecção do questionário, foi feito um manual de instruções, com o objetivo de dar suporte às entrevistadoras no seu trabalho de campo. O manual trazia orientações quanto a métodos de abordagem, apresentação pessoal, postura, reversão de perdas e recusas, e orientações específicas sobre cada questão.

4. PRÉ-PILOTO

Durante o mês de julho de 2003 foi realizado um pré-piloto em um setor censitário próximo a Faculdade de Medicina e não pertencente aos setores da amostra do estudo. A finalidade era testar a aplicabilidade e tempo de aplicação do questionário, adequação do manual de instruções e outros instrumentos.

5. PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Cada um dos mestrandos participantes deste consórcio realizou os cálculos para um tamanho de amostra que atendesse aos objetivos gerais e específicos de seus projetos. O número de domicílios necessários para

atender os objetivos de todos seria de 1400, já acrescidos de 10% para perdas e recusas e de 15% para fatores de confusão.

De forma a facilitar a logística do trabalho de campo e diminuir os custos deste processo, utilizou-se amostras por conglomerados, usando-se, para isso, informações do Censo Demográfico 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE). Para evitar um grande efeito de delineamento, encontrado em estudos anteriores, decidiu-se usar 10 domicílios em cada setor, metade do número usado no consórcio anterior. Houve um arredondamento para 144 setores, resultando na responsabilidade de supervisão de nove setores para cada mestrando.

Os 404 setores censitários (excluídos quatro especiais) foram, então, ordenados pela renda média do responsável pelo domicílio por setor. Foi definido o pulo necessário para se obter, a partir dos 92.407 domicílios listados, os setores censitários. O pulo foi de 642 domicílios. Para ponto de partida do pulo utilizou-se o programa Stata 8.0, e obtendo-se um número aleatório de 1 a 642 que, no caso, foi o número 88. A partir desse número, somou-se 642, e assim, sucessivamente até completar os 144 setores.

A partir de dados do último censo e, tendo-se decidido que cada setor teria 10 domicílios entrevistados, decidiu-se o pulo por setor, dividindo o número de domicílios fornecido pelo censo por 10. O ponto de partida foi realizado por sorteio aleatório simples pelo mesmo programa. Para ajustes devido às mudanças na urbanização da cidade, quanto ao número de domicílios, utilizou-se um processo de contagem dos domicílios e classificação quanto ao status de ocupação (residência, comércio ou desabitado). Através deste processo alguns setores aumentaram o número de domicílios e outros diminuíram, resultando em um total de 1530 domicílios visitados e uma amostra de 4500 indivíduos.

6. RECONHECIMENTO DOS SETORES CENSITÁRIOS

O trabalho de reconhecimento dos setores censitários foi realizado, a princípio, pelos mestrandos que percorreram todo o setor censitário e reconheceram seus limites, de acordo com as orientações do IBGE.

Foram contratadas 32 mulheres pré-selecionadas para realizar o trabalho de contagem e identificação dos domicílios nos setores selecionados,

treinadas, para este fim, pelos mestrando. Cada mestrando ficou responsável por duas “batedoras” (moças responsáveis por bater nas portas) que listaram todos os domicílios do setor e os classificaram quanto ao status de ocupação. Cada mestrando recebeu uma lista com todos os endereços numerados e em ordem pré-definida das quadras a serem visitadas e a ordem de domicílios (sempre pela direita).

7. CONTROLE DE QUALIDADE DO TRABALHO DE BATEDORAS

O mestrando realizou o controle da qualidade do trabalho das batedoras, em cada um dos nove setores pelos quais era responsável. Foi sorteada uma quadra e checada a situação dos endereços e status de ocupação.

8. SORTEIO DOS DOMICÍLIOS

Através das listas de domicílios entregues pelas batedoras. Em cada setor, respeitando-se o pulo previamente definido, foram localizados os domicílios a serem visitados.

9. LOCALIZAÇÃO DOS MORADORES

De posse dos endereços dos domicílios sorteados, os mestrandos portando uma carta de apresentação e crachás de identificação dirigiram-se a esses domicílios. Os moradores ficavam cientes do trabalho e da importância de sua participação. Foi também possível nomear os indivíduos residentes no domicílio, suas idades e o melhor horário para entrevista. Desta forma pôde-se fazer uma estimativa do número de questionários necessários, diminuindo-se as perdas e racionalizando-se o tempo da entrevista.

10. DIVULGAÇÃO NA IMPRENSA

Através da experiência de outros consórcios, utilizou-se a imprensa escrita e programas de rádio de grande audiência para divulgar o trabalho de

pesquisa e solicitar o apoio dos moradores dos domicílios sorteados no recebimento das entrevistadoras.

11. SELEÇÃO DE ENTREVISTADORAS

Em setembro foi iniciado o processo de seleção das batedoras. A primeira etapa de localização de pessoal foi através da procura de cadastros do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) e através de indicações de contatos dos mestrados (estudantes de curso superior, secretárias de consultórios...). Os critérios utilizados neste momento foram: ser do sexo feminino, ter no mínimo ensino médio completo e disponibilidade de 40 horas.

As candidatas interessadas deveriam preencher uma ficha de inscrição, colocada a disposição na secretaria do CPE. Foram selecionadas 32 candidatas para a realização do trabalho de “batedoras”.

Todas as batedoras foram convidadas a participar do processo de seleção de entrevistadoras, mas, devido à necessidade de um número maior de pessoas para realizar uma seleção adequada de entrevistadoras, optou-se por colocar um anúncio no jornal local de maior circulação, solicitando pessoas para este trabalho. Dentre as 322 pessoas inscritas, foram selecionadas 96 candidatas, usando os seguintes critérios: letra legível, disponibilidade de horário (40 horas), inclusive nos finais de semana e participação prévia em pesquisa. As selecionadas foram convidadas a participar de um treinamento com duração de 40 horas, que foi ministrado pelos mestrados.

O treinamento abordou os seguintes itens: Um breve histórico do Centro de Pesquisas e sua importância; apresentação do grupo de pesquisadores do consórcio; descrição da pesquisa que estava por iniciar; informações sobre remuneração (valores e data de pagamento previstos); esclarecimentos sobre a necessidade da dedicação total ao trabalho de campo; exemplificação de situações comuns ao trabalho de entrevistadora e postura na execução da tarefa. Durante o treinamento foi realizada a leitura do questionário e manual de instruções, dramatizações, técnicas de entrevistas e entrevistas sob supervisão.

Foram selecionadas 32 entrevistadoras através do desempenho das candidatas no treinamento, prova escrita e estudo piloto. Todas foram classificadas para um possível aproveitamento e receberam certificado de participação. Cada mestrando ficou responsável por duas entrevistadoras.

12. PILOTO

O estudo Piloto foi realizado no último dia de treinamento. Suas finalidades foram avaliar as entrevistadoras e testar a aplicabilidade do questionário final (logística, forma de abordagem das perguntas, etc...).

13. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi programada para ser realizada em um período de oito semanas. As entrevistadoras apresentaram-se ao domicílio usando crachá, carta de apresentação e cópia de reportagem do consórcio publicada em jornal veiculado na cidade de Pelotas. Elas levavam o material necessário para a execução do trabalho e número adequado de questionários A,B,C,D, conforme dados da planilha de domicílios. Foram orientadas, ainda a manter uma média de seis entrevistas por dia e a codificarem os questionários ao final do dia.

Os mestrandos realizaram escalas de plantão em local próprio (quartel general do mestrado) para recebimento de questionários, controle de planilhas de domicílios, solução de dúvidas na codificação das variáveis, revisão de codificação e seleção de controle de qualidade. Os supervisores revisaram semanalmente as planilhas de domicílios e, à medida que todos os moradores eram entrevistados, as planilhas eram entregues, assim como as folhas de conglomerados, quando todos os domicílios estavam fechados. Quando um erro ou uma incoerência era detectado pelo supervisor, a entrevistadora retornava ao domicílio para fazer as devidas correções. Cada supervisor orientava suas entrevistadoras quanto ao correto preenchimento dos questionários e suas respectivas codificações, reforçando o uso do manual de instruções sempre que necessário, e verificando o seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa, logística do estudo e reposição do material necessário ao bom andamento do trabalho.

Foram realizadas reuniões das entrevistadoras com os mestrandos e, desses, com a coordenação do trabalho de campo para avaliação do andamento do estudo e estabelecimento de metas para o prosseguimento do mesmo, houve ainda, uma escala paralela de fim de semana para solução de eventuais dúvidas das entrevistadoras.

14. CODIFICAÇÃO

No questionário havia uma coluna à direita para ser utilizada para codificação, realizada pelas entrevistadoras ao final de cada dia de trabalho, e revisada pelos respectivos supervisores do setor censitário. As questões abertas foram codificadas pelos supervisores por elas responsáveis. Com isso, procurou-se retificar erros de preenchimento e codificação dos questionários, esses ao serem recebidos, eram etiquetados, colocados em lotes e entregues aos digitadores.

A digitação dos questionários começou paralelamente ao trabalho de campo e terminou no dia 09 de fevereiro de 2004. Cada questionário foi digitado duas vezes por profissionais diferentes no programa epi-info 6.0, realizando-se a comparação dos bancos de dados e a correção de erros de digitação através do comando *validate* desse programa.

15. CONTROLE DE QUALIDADE

Para avaliar a confiabilidade e repetibilidade das entrevistas foram revisitadas 10% das pessoas entrevistadas. Utilizou-se questionário padronizado que continha perguntas-chave dos questionários individuais de cada mestrando. As revisitas foram realizadas no prazo máximo de 14 dias após a entrevista inicial.

16. TRATAMENTO DE PERDAS E RECUSAS

Foram consideradas perdas e/ou recusas os casos em que após pelo menos três visitas da entrevistadora, uma tentativa telefônica da secretária e pelo menos uma visita do supervisor de campo, não fosse possível a

entrevista. A percentagem de perdas e recusas geral foi de 2,99%, sendo que, no questionário A, foi de 1,52%, no B, foi de 1,91% e, no C de 3,53%. Informações quanto à idade de 18 indivíduos estavam incompletas. O percentual de perdas e recusas de acordo com o sexo foi de 55,8% para o masculino e 44,2% para o feminino, sendo que, para um indivíduo, não foi obtida a informação.

Dentre as recusas, o principal motivo foi o de não aceitar dar entrevista (91,7%). Dentre as perdas foram: viagem (32,7%), nunca encontrado (21,8%) e localizado, mas não entrevistado (20,0%). O percentual geral de exclusões foi de 1,03%, sendo 0,17% no bloco A, 0,61% no B e 1,31% no C. Os principais motivos de exclusão foram: problemas mentais (47,8%) e esclerose (10,9%).

III. ARTIGO

Este artigo será submetido à *Revista Panamericana de Salud Pública*, cujas normas para publicação encontram-se em anexo.

III. ARTIGO

CAMPANHA DE DETECCÃO DE DIABETES: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO SUL DO BRASIL

Autores

MARIA ALICE SOUZA DE OLIVEIRA DODE¹

MARIA CECÍLIA FORMOSO ASSUNÇÃO²

NEIVA CRISTINA JORGE VALLE¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, CP 464, CEP 96001-970, Pelotas, RS, Brasil, Fone-FAX (5553)271 2645, e-mail malicedode@terra.com.br

² Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

Objetivo. Medir cobertura e foco da Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus no Brasil (CNDDM); descrever os subgrupos da população com alta taxa de participação.

Métodos. Estudo transversal de base populacional, incluindo indivíduos de 40 anos ou mais, residentes na zona urbana de Pelotas. A cobertura foi definida como a proporção de indivíduos da população alvo que realmente participaram da campanha. O foco foi definido como a proporção dos indivíduos que participaram da campanha e que pertenciam à população alvo dentre os testes realizados.

Resultados. As coberturas encontradas foram de 45,8% (IC95% 43,0-48,5). O foco foi 46,5% (IC95% 42,8-50,2). Na análise bruta, participação na campanha foi maior entre mulheres, maior idade, menor escolaridade, aqueles com sobrepeso ou obesos, aqueles com hipertensão, dislipidemia e diabetes. Após ajuste, somente os efeitos de sexo e idade permaneceram estatisticamente significantes. Das 480 pessoas maiores de 40 anos, captadas pela campanha, 14,3% informaram glicemias acima de 140 mg/DL e 1,5% confirmaram o diagnóstico. Todos os diagnosticados no momento estão em tratamento.

Conclusões. Em Pelotas a campanha teve baixa cobertura e não foi focalizada. Outras estratégias devem ser usadas para detectar novos casos de diabetes e mais importante, melhorar o cuidado dos pacientes diagnosticados.

Palavras-chave. Rastreamento, base populacional, diabetes mellitus, cobertura, epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To measure the coverage and focus of the Brazilian National Campaign of Detection of Diabetes Mellitus; and to describe the sub-groups of the population with higher participation rates.

Methods: Population-based cross-sectional survey, including individuals aged 40 years or more, resident in the urban area of Pelotas, a Southern Brazilian city. Coverage was defined as the proportion of individuals from the target-population who actually participated of the campaign. Focus was defined as the proportion of individuals who participated of the campaign that belonged to the target-population between all the tests realized.

Results: The coverage was 45.8% (IC95% 43.0-48.5) and the focus was 46.5% (IC95% 42.8-50.2). In the crude analysis, participation in the campaign was higher among women, older adults, low-educated, those overweight or obese, those with hypertension, dyslipidemia and diabetes. After adjustment, only the effects of sex and age remained statistically significant. Out of the 480 individuals who took part, 14.3% had test results above 140 mg/DL, and 1.5% had a confirmed diagnosis of diabetes. All these diagnosed are in treatment now.

Conclusions: In Pelotas, the campaign had low coverage and was not focused. Other strategies are therefore warranted to detect new cases of diabetes and more importantly, to improve care of diagnosed patients.

Key Words: Screening, population based, diabetes mellitus, coverage, epidemiology

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença crônica metabólica grave, cuja prevalência vem aumentando rapidamente em todo o mundo (1). Além dos custos financeiros, também acarreta um prejuízo social, já que é responsável por aumento da mortalidade precoce e por muitas incapacitações (2, 3).

Estudo realizado em 1987, em nove capitais brasileiras (4), mostrou que metade dos portadores de diabetes desconhece sua condição. Outros estudos mostraram que os portadores de diabetes já apresentavam complicações microvasculares ao diagnóstico com frequência variando de 25 a 50% (5, 6).

Devido a esse quadro, e com a criação de um pacto solidário entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde e com o apoio e participação de diversas sociedades médicas e entidades vinculadas a esta patologia, foi criado, no Brasil, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2).

Esse plano tem como objetivo geral o estabelecimento das diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde (SUS). São também objetivos intensificar as ações voltadas à prevenção primária, redução e controle dos fatores de risco, detecção, vinculação e tratamento dessas doenças na rede básica de saúde, além da capacitação de recursos humanos, melhoria dos atendimentos especializados e da assistência farmacêutica (2).

Em março e abril de 2001, como parte do plano de reorganização, o governo federal implantou uma campanha em nível nacional, com o objetivo de detectar os casos suspeitos de diabetes através da oferta de testes de glicemia

capilar a todos os usuários do SUS. A população-alvo da campanha foram os indivíduos com 40 anos de idade ou mais, usuários do SUS. Foram considerados usuários do SUS 75% das pessoas dentro da faixa etária estabelecida, segundo estimativa do IBGE/1999 (2). Aos municípios participantes da campanha, o governo federal forneceu glicosímetros, tiras reagentes e lancetas. Na campanha de divulgação foram utilizados vários tipos de cartazes e folhetos informativos para pacientes e médicos. Houve a inserção de mensagens em redes de TV, *outdoors* e mídia impressa. O Ministério da Saúde financiou também a realização de quatro encontros macro-regionais para capacitação de multiplicadores, formando 13.859 profissionais (2). Os municípios tiveram um custo adicional estimado em 25% (7).

A cobertura oficial nacional estimada da campanha foi de 73% (7), sendo no Rio Grande do Sul 59%, a segunda mais baixa do país (8). A proporção de exames suspeitos no Estado foi de 19,4%, sendo esse valor o mais alto do país (8), no qual 16,4% dos exames foram considerados suspeitos (7). Fazia parte do objetivo da campanha a confirmação dos casos suspeitos, mediante realização de dosagem da glicemia plasmática de jejum, solicitada através de consulta em unidade de saúde mais próxima, para onde seriam encaminhados os pacientes com exames suspeitos (2).

Em Pelotas, a meta da campanha era atingir 94.000 indivíduos, os supostos usuários do SUS, com 40 anos ou mais. A cobertura oficial estimada foi 43,2%. Apresentaram valores de glicemia capilar de jejum igual ou superior a 100 mg/dL ou sem jejum igual ou superior a 140 mg/dl, 16% dos indivíduos (9).

A cobertura oficial baseou-se em um cálculo que reflete a utilização (10), ou seja, o quociente entre o número de exames realizados e a estimativa oficial da população-alvo da campanha (usuários do SUS, estimados em 75% da população com 40 anos de idade ou mais). A verdadeira cobertura seria a proporção entre número de pessoas de 40 anos de idade ou mais testadas e a população dessa faixa etária, ambos usuários do SUS.

O presente estudo sendo de base populacional pode sanar estas falhas nas estimativas oficiais, já que consegue coletar o real número de pessoas que realizaram o teste e a verdadeira proporção de usuários do SUS, além de fornecer informações extras como o foco, descrever a captação e a vinculação.

Uma vez que a campanha foi realizada dentro de unidades básicas de saúde pública, ao mesmo tempo em que permite a vinculação, pode estigmatizar pessoas não usuárias. Através deste estudo pretende-se descrever entre os usuários do SUS, aqueles que foram captados pela campanha, identificando os fatores associados à participação na mesma. Como resultado, pretende-se proporcionar informações importantes para o planejamento das ações e políticas de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal de base populacional em Pelotas, RS, cidade com aproximadamente 320.000 habitantes, dos quais 93,2% vivem na zona urbana. A população elegível para o estudo foi composta por adultos com 20 anos de idade ou mais, residentes na área urbana da cidade, entrevistados em seus domicílios. Os entrevistadores foram treinados na

aplicação de questionários, previamente testados, e desconheciam os objetivos e hipóteses da investigação.

Para o cálculo de tamanho de amostra, foram utilizados os dados obtidos em um estudo pré-piloto, realizado em setor censitário que não foi incluído posteriormente no estudo, onde se constatou que cerca de 20% das pessoas referiram ter participado da campanha. Com objetivo de avaliar a frequência à campanha, considerando-se erro de três pontos percentuais, nível de confiança de 95%, já acrescentados de 10% para perdas e recusas, considerando efeito de delineamento de 1,5, resultou necessário entrevistar 1126 pessoas. Para análise das associações, o maior tamanho de amostra necessário foi de 2827 pessoas, utilizando-se um nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão entre não expostos e expostos de 3:2, prevalência de 10% no grupo não exposto (≥ 40 anos) e risco de 1,5, após acréscimos para controle de fatores de confusão e perdas e recusas. Dados do censo demográfico de 2000 (11) mostram ser possível encontrar esse número de pessoas em aproximadamente 1346 domicílios.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Os setores foram selecionados de forma sistemática, de um total de 404 setores, previamente ordenados e estratificados de acordo com a renda média do chefe da família. Foram visitados 144 setores censitários da zona urbana da cidade, com a intenção de visitar 10 domicílios por setor. A amostra final foi composta por 1530 domicílios em função de mudanças demográficas nos setores visitados, sendo incluídos todos os adultos residentes nos mesmos.

Para comparação com dados nacionais (cobertura oficial, ou seja, utilização) (10), considerou-se que os usuários do SUS representavam 75% de todas as pessoas com 40 anos de idade ou mais. A cobertura então foi calculada primeiramente considerando-se o total de testes em relação a este denominador e, posteriormente, o total de pessoas que realizaram esses testes, o que seria a cobertura entre usuários estimados. Adaptando-se para a realidade local, o cálculo da cobertura utilizou somente aquelas pessoas que referiram ser usuários do SUS, o que seria a cobertura entre usuários reais.

No cálculo do foco do programa verificou-se a proporção dos testes realizados em pessoas que realmente atendiam os critérios de inclusão, dentre todos aqueles realizados por ocasião da campanha.

Nas entrevistas foram coletadas as seguintes variáveis: sexo; idade (anos completos); cor da pele (observada); situação conjugal; escolaridade (em anos completos); nível econômico de acordo com a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) (12) categorizadas de A à E, sendo o nível A o maior nível econômico; peso e altura referidos; hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus auto-referidos; história familiar de diabetes mellitus; local de consulta; conhecimento da campanha; fonte de informação sobre a campanha; participação na campanha; repetição do teste de glicemia capilar; conhecimento do resultado do teste; resultado do teste; encaminhamento à consulta médica; ida à consulta; realização de exame confirmatório; e situação atual de tratamento.

Dez por cento das entrevistas foram repetidas utilizando questionário específico para controle de qualidade. Foi realizada dupla digitação dos dados e checagem de consistência através do programa Epi-info versão 6.0 (13) .

As análises foram realizadas entre os usuários do SUS com 20 anos de idade ou mais, adotando-se nível de significância de 5% e testes bicaudais, através do programa Stata, versão 8.0 (14).

Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas das variáveis coletadas com o desfecho de interesse. Devido às características do estudo (alta prevalência do desfecho e efeito de delineamento), optou-se por calcular as associações e riscos relativos através da regressão de Poisson (15). Uma análise inicial descreveu a amostra após a categorização das variáveis contínuas.

As associações das variáveis socioeconômicas e demográficas com o desfecho foram ajustadas, mantendo-se no modelo de análise aquelas variáveis que apresentaram um valor $p \leq 0,20$, como possíveis fatores de confusão (16).

Na seqüência, foram investigadas as etapas de confirmação diagnóstica e vinculação aos serviços para as pessoas 40 anos ou mais de idade.

O projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

RESULTADOS

Nos 1530 domicílios visitados foram encontrados 3255 indivíduos com 20 anos de idade ou mais. Destes, 1,3% foram excluídos por serem considerados incapazes de responder ao questionário e 3,5% foram perdas, resultando em uma amostra final entrevistada de 3100 indivíduos.

No controle de qualidade houve concordância muito boa (17) em relação à variável “frequência à campanha” ($\kappa = 89,7\%$). O efeito de delineamento encontrado foi de 1,6.

Das 3100 pessoas entrevistadas, 56,7% eram do sexo feminino. A amostra foi predominantemente branca (81%), 54,7% tinham 40 anos ou mais de idade, escolaridade média de 7,7 anos (dp 4,6), sendo que 26,2% possuíam quatro anos ou menos de escolaridade. Sessenta e três por cento das pessoas viviam com companheiro. Os níveis econômicos A/B (25,1%) eram os de menor representação sendo os níveis econômicos D/E (41,9%) os mais representados. Com relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), 47,1% das pessoas entrevistadas referiram valor igual ou superior a 25 kg/m²; 6,5% tinham diagnóstico prévio de diabetes, 22,8% de hipertensão, 14,3% de dislipidemia e 30,2% apresentavam história familiar de diabetes. Dos indivíduos entrevistados, 61,8% tiveram conhecimento da realização da campanha, sendo que este percentual elevou-se para 68,0% entre os de 40 anos ou mais de idade. Cerca de 40% das pessoas souberam da campanha através da televisão.

Na informação sobre o local de consulta, 54,1% relataram que costumavam consultar em unidades do SUS na época da campanha. Neste grupo de usuários do SUS (1589 pessoas), verdadeira população alvo da campanha, a proporção de mulheres foi de 59,8%, a de pessoas brancas, 75,1%, e aproximadamente a metade da amostra tinha 40 anos ou mais. A escolaridade de 77% daqueles, era de até oito anos. Cerca de 60% viviam com companheiro e, com relação ao nível econômico classificado pela ANEP (12), por volta de 6% foram classificados nos níveis A ou B. Com respeito ao IMC, quase metade deles apresentava sobrepeso ou obesidade, 8% referiram ter diabetes, em torno de um quarto tinham diagnóstico de hipertensão, e cerca de 10%, dislipidemia. A história familiar de diabetes foi declarada por um terço das pessoas.

A Tabela 1 mostra a cobertura da campanha conforme diferentes critérios utilizados. Na comparação com a cobertura oficial (utilização)(10), obteve-se o valor de 45,8% (IC95% 43,0-48,5). Quando se utilizou o número de pessoas, a cobertura entre usuários estimados, esse valor foi de 37,7% (IC95% 35,1-40,5). Realizando-se o cálculo para os usuários reais, a cobertura foi de 38,5% (IC95% 35,2-41,9).

A Figura 1 apresenta o resultado do foco da campanha, calculado em 46,5% (IC95% 42,8-50,2).

Na amostra estudada, a frequência de pessoas que foram à campanha dentro da faixa de 20 anos ou mais foi 18,7% (IC 95% 17,3-20,1).

Considerando-se aqueles que relataram ser usuários do SUS, (1589 pessoas) a frequência foi 24,7% (IC95% 22,6-26,9).

A Tabela 2 descreve as variáveis estudadas para aqueles que relataram ser usuários do SUS bem como as associações encontradas com a frequência à campanha. Percebe-se maior frequência à campanha de pessoas do sexo feminino, sem diferença com relação à cor, com tendência linear diretamente proporcional à idade e inversamente proporcional à escolaridade. Não se encontrou diferença em relação à situação conjugal e nível econômico ANEP (12).

Quando avaliado o indicador nutricional (Tabela 3), analisado sob a forma de IMC, também se vê uma maior frequência à campanha à medida que este fica mais elevado. Esta tabela também mostra a existência de associações entre a presença de morbidade auto-referida (hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus) com a frequência à campanha. A história familiar de diabetes não se mostrou associada com a participação na campanha. Já na Tabela 4, observa-se que, após ajustes para variáveis socioeconômicas e demográficas, mantiveram-se associadas as variáveis sexo e idade.

A Figura 2 descreve para as pessoas com 40 anos de idade ou mais, o fluxograma desde a participação na campanha até a situação atual de tratamento. Dentre as 480 (28,3%) pessoas que foram à campanha nesta faixa etária, excluindo-se 2,5% que não lembravam o resultado do exame, 14,3% informaram terem resultado de teste considerado alterado, ou seja, auto-

referiram que o teste estava alto ou relataram terem tido resultado de glicemia ≥ 140 mg/dl. Desses, aproximadamente a metade tinha diagnóstico prévio de diabetes. Dos que não tinham diagnóstico prévio, 14 (42,4%) realizaram exames para confirmação diagnóstica, sendo que sete desses (50%) tiveram o diagnóstico confirmado, estando todos em tratamento.

DISCUSSÃO

Com base na metodologia empregada, este estudo pode ser considerado representativo da população adulta 20 anos de idade ou mais, residente na zona urbana da cidade de Pelotas. Destaca-se o baixo percentual de perdas e recusas e a similaridade na distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas com os dados censitários do município (11) (dados não mostrados). O efeito de delineamento encontrado estava próximo do utilizado no cálculo de tamanho de amostra.

Os dados relativos ao conhecimento da campanha demonstraram que, apesar do investimento nacional feito em divulgação, cerca de 30% das pessoas da faixa etária alvo da campanha, entrevistadas neste estudo, relataram não terem tomado conhecimento da mesma.

Os resultados encontrados quando se utiliza a cobertura oficial (utilização) mostraram cobertura similar aos divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde para a cidade de Pelotas, ou seja, de 43,1% (IC95% 42,8-43,5) (9). Utilizando-se o número de pessoas que realizaram o teste, ou seja, suprimindo os testes repetidos, a cobertura foi reduzida em oito pontos

percentuais. Considerando-se o fato de que 54,1% dos entrevistados relataram ser usuários do SUS, à época da campanha, a cobertura encontrada (cobertura entre os usuários reais) também esteve abaixo da divulgada. De acordo com os critérios oficiais, os dados encontrados mostraram que a cobertura da CNDDM/2001 em Pelotas pode ser considerada baixa (8). Na avaliação nacional, foram encontradas baixas coberturas em municípios com características similares (região sul, população maior de 100.000 habitantes e com mais de 75% destes residindo na área urbana) (7).

Ao levar-se em consideração o desperdício de recursos através da repetição desnecessária de exames, exames realizados em pessoas fora da faixa etária, ou em não usuários do SUS, ou seja, avaliando-se o foco do programa, observou-se que apenas metade dos testes foi realizada por indivíduos pertencentes à população-alvo da campanha. Entre as pessoas que foram à campanha 17,1 % estavam fora da faixa etária, 30,4% não eram usuários do SUS e 18,0% realizaram mais de um teste.

A frequência à campanha na amostra estudada (população de 20 anos de idade ou mais) foi de cerca de 20%. Esse valor aumenta para 28% quando computados apenas os indivíduos com 40 anos de idade ou mais. Esta frequência pode ser considerada baixa, pois apesar de a campanha ser direcionada à população usuária do SUS, e com 40 anos de idade ou mais, não havia limitações para atendimento a não usuários e a pessoas fora desta faixa etária.

Este estudo, por ser de base populacional, é capaz de identificar os grupos que atenderam ao chamado desta campanha entre os que relataram serem usuários do SUS. A participação maior das mulheres na campanha está de acordo com achados de outros estudos que mostraram que as pessoas do sexo feminino freqüentam mais os serviços de saúde (18, 19). Com relação à idade, existe uma tendência crescente de freqüência à campanha à medida que esta aumenta. A diminuição desta freqüência a partir dos 60 anos, em relação à década anterior, provavelmente deve-se ao fato de estas pessoas freqüentarem mais o serviço de saúde (19) e já terem diagnóstico de diabetes mellitus, dado encontrado no estudo multicêntrico (4) com relação à diagnóstico prévio de diabetes.

Entre os usuários do SUS, a campanha também chamou aqueles que apresentavam outros fatores de risco para diabetes (20), ou seja, aqueles com maior IMC, com hipertensão, dislipidemia, tendo sido esse, um aspecto positivo da campanha. A CNDDM/2001 objetivava, ainda, a vinculação das pessoas com teste positivo às equipes da rede básica de saúde, através da confirmação diagnóstica e início da terapêutica.

Entre os indivíduos com 40 anos ou mais de idade que foram à campanha, cerca de sete por cento relataram terem apresentado teste alterado e não terem diagnóstico prévio de diabetes. Este valor pode ser considerado baixo quando comparado aos 16,0% encontrados no município (9) e aos 16,4% encontrados em nível nacional (7). Cabe ressaltar as diferenças entre os dados visto que, nos dois últimos foram medidos utilização e não cobertura (10) e,

portanto, podem conter dados de exames repetidos por pessoas excessivamente sensibilizadas por exames alterados e portadores de diabetes mellitus que repetiram exames para controle, sem informar terem esse diagnóstico prévio.

Deve-se lembrar que os dados deste estudo referem-se a pessoas que lembraram ter ido à campanha e ter tido resultado alterado. Na avaliação nacional (7), maiores percentuais de exames alterados foram encontrados em pessoas que apresentaram resultados considerados pelos critérios da campanha duvidosos, ou seja, glicemias de jejum, entre 100 e 125 mg/dl, e sem jejum, 140 e 199 mg/dl e, portanto, poder-se-ia supor que as pessoas que lembraram da campanha e seguiram o fluxo à vinculação eram aquelas que apresentaram nível glicêmico mais alto (7).

Dados comparáveis são encontrados quando se confronta a confirmação diagnóstica da campanha no presente estudo com os resultados de uma amostra probabilística de pessoas com rastreamento positivo, coletada para avaliação nacional da campanha (7), ou seja, 42,4% (IC95%25,5-60,8) e 48,9% (IC95%47,3-50,5), respectivamente.

Entre os que foram consultar, o diagnóstico de diabetes foi confirmado para 50% destes, o que novamente sugere que estes indivíduos são aqueles que, na época da campanha, tinham valores mais elevados de glicemia. Desses, todos estão em tratamento para diabetes. Resultou então que, das 480 pessoas rastreadas na campanha, 1,5% confirmaram o diagnóstico e relataram estarem em tratamento.

Levando-se em consideração os testes realizados pelo total de entrevistados, ou seja, (as 3100 pessoas), foi necessário realizar 101 testes para diagnosticar uma pessoa com diabetes mellitus. Considerando-se as pessoas com 40 anos de idade ou mais, foi necessário realizar 83 testes.

A Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus em Pelotas não teve o impacto esperado frente ao esforço e gasto despendidos para a sua realização. O fato de existir uma ampla rede de unidades básicas de saúde bem distribuída no município, certamente torna o acesso ao diagnóstico facilitado, o que foi evidenciado pela alta prevalência de diabetes auto-referido encontrado na amostra (11,6%) entre os usuários do SUS com 40 anos de idade ou mais.

Embora exista ampla evidência científica mostrando que certos fatores de risco predispoem indivíduos ao desenvolvimento de diabetes, não existem ensaios clínicos randomizados demonstrando a efetividade de um programa de rastreamento para diminuir a mortalidade e morbidade por esta doença em indivíduos assintomáticos. Segundo a OMS (1) pouco se sabe a respeito de respostas públicas a programas de rastreamento de diabetes. A Organização também reforça que, mesmo testes com alta sensibilidade terão essa diminuída, se a captação for baixa. Acredita-se que captação, cadastramento e vinculação de pessoas às equipes de saúde não podem ser ações pontuais realizadas através de campanhas e direcionadas àquelas pessoas que procuram os serviços médicos espontaneamente (21). Essa atitude tem levado grupos de pessoas exageradamente sensibilizados por campanhas de

mobilização pública, a procurar reiteradamente os serviços que prestam o atendimento, sobrecarregando o sistema. Outro ponto importante que contraindica campanhas de rastreamento em Pelotas é a alta prevalência de diabetes mellitus auto-referido, o que, de acordo com o ponderado pela Organização Mundial de Saúde, seria uma evidência epidemiológica para não se realizar rastreamento (1).

Uma possível limitação do presente estudo é o fato de termos informações auto-referidas. No entanto, no relato de frequência à campanha (45,8%; IC95% 43,0-48,5) bem como no de resultados alterados de testes (14,0%; IC95% 11,0-17,4,%), os valores encontrados são similares aos oficiais divulgados para a cidade. Diabetes mellitus, hipertensão, peso e altura auto-referidos já foram validadas em estudos anteriores (22, 23).

Com relação ao tempo decorrido entre a campanha e a pesquisa, considera-se que como o objetivo do rastreamento de diabetes é provocar consciência do diagnóstico e mudanças de comportamento com atitudes preventivas, a falta de lembrança de resultados de exames positivos demonstra falta de consciência do resultado como fator de risco.

Em Pelotas, cidade com aproximadamente 320.000 habitantes, com 54 postos de saúde distribuídos pela cidade, na qual 54% das pessoas da zona urbana da cidade são usuários do SUS e 8% desses têm diagnóstico prévio de diabetes, esforços devem ser concentrados em melhor atendimento aos já diagnosticados, vinculando-os aos serviços através de oferta regular de medicações e estratégias educativas.

Intervenções com o objetivo de redução de peso e aumento da atividade física têm se mostrado efetivas em reduzir o risco de desenvolvimento de diabetes e de outras patologias crônicas (24, 25). Portanto, estratégias de educação em massa para mudanças de estilo de vida poderiam abranger toda a população em risco, independente de diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *Screening for type 2 diabetes: report of World Health Organization and International Diabetes Federation Meeting*. Geneva: WHO; 2003.
2. Brasil, Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: MS; 2001.
3. Barcelo A, Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2001;10(5):300-8.
4. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care* 1992;15(11):1509-16.
5. American Diabetes Association. Implications United Kingdom prospective diabetes study. *Diabetes Care* 2003;26:S28-S32.
6. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med* 1993;329(14):977-86.
7. Brasil, Ministério da Saúde. *Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil*. Brasília: MS; 2004.
8. Brasil, Ministério da Saúde. *Campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus: relação das ações e resultados alcançados*. Brasília: MS; 2001.
9. Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas. *Relatório da campanha nacional de detecção de suspeitos diabetes mellitus em Pelotas*. Pelotas: SMSBE; 2001.
10. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999;28(1):10-8.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
12. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. *Critério de classificação econômica do Brasil*. São Paulo: ANEP; 1996.

13. Dean J. *Epinfo version 6.04: computer programs for epidemiology*. Atlanta: CDC; 2001.
14. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: release 8.0*. College Station, TX: Stata Corporation; 2003.
15. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3(1):21.
16. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26(1):224-7.
17. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. 5th ed. London: Chapman & Hall; 1997.
18. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica* 2003;37(3):372-8.
19. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta com frequência. *Rev Saude Publica* 1997;31(4):360-9.
20. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2000;23 Suppl 1:S4-19.
21. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968;65(4):281-393.
22. Blaum CS, Velez L, Hiss RG, Halter JB. Characteristics related to poor glycemic control in NIDDM patients in community practice. *Diabetes Care* 1997;20(1):7-11.
23. Schmidt MI, Duncan BB, Tavares M, Polanczyk CA, Pellanda L, Zimmer PM. Validity of self-reported weight--a study of urban Brazilian adults. *Rev Saude Publica* 1993;27(4):271-6.
24. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344(18):1343-50.
25. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393-403.

Tabela 1. Cobertura da CNDDM conforme diferentes critérios, em pessoas de 40 anos de idade ou mais. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003

Crêterios	Alcançado	Esperado	Cobertura% (IC95%)
Testes realizados	582	1272	45,8 (43,0-48,5)
Pessoas que realizaram o teste	480	1272	37,7 (35,1-40,5)
Pessoas que realizaram o teste e usuários do SUS	328	852	38,5 (35,2-41,9)

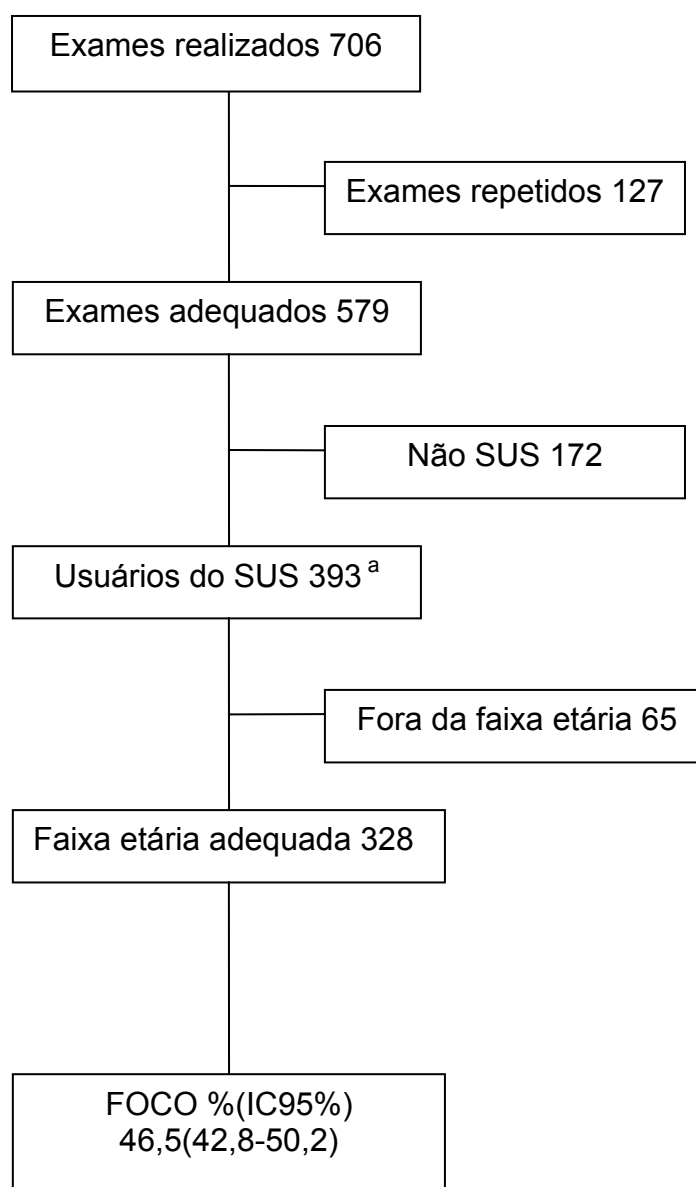


Figura 1 Foco da CNDDM conforme exames realizados. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003

^a perda de 14 pessoas sem informação

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e associação com frequência à CNDDM, em usuários do SUS, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003

Variáveis N total ^a	N	Frequência %	Análise bruta RP ^b (IC ^c 95%)	Valor p
Sexo (1589)				<0,001 ^d
Masculino	639	20,0	1,00	
Feminino	950	27,9	1,39(1,16-1,67)	
Cor da pele (1589)				0,3 ^d
Branca	1193	24,0	1,00	
Não branca	396	27,0	1,13(0,92-1,39)	
Idade (1589)				<0,001 ^e
20-29 anos	413	7,3	1,00	
30-39 anos	324	10,8	1,49(1,01-2,19)	
40-49 anos	347	33,1	4,56(3,18-6,55)	
50-59 anos	247	45,3	6,24(4,40-8,85)	
60-69 anos	140	44,3	6,10(4,21-8,83)	
70-máximo	118	33,1	4,55(2,97-6,98)	
Escolaridade (1589)				<0,001 ^e
0-4 anos	601	30,1	2,83(1,24-6,45)	
5-8 anos	628	24,0	2,26(0,98-5,21)	
9-11 anos	313	17,9	1,68(0,74-3,81)	
12- máximo	47	10,6	1,00	
Situação conjugal (1589)				0,8 ^d
Com companheiro	985	24,5	1,00	
Sem companheiro	604	25,2	1,03(0,83-1,27)	
Nível Econômico ANEP (1587)				0,8 ^e
A/B	102	21,6	1,00	
C	490	24,5	1,14(0,71-1,81)	
D/E	995	25,2	1,17(0,74-1,84)	

^a Os totais de observações diferem em função de respostas ignoradas; ^b Razão de prevalência; ^c Intervalo de confiança; ^d Teste de Wald; ^e Teste de tendência linear

Tabela 3. Distribuição da amostra, segundo índice de massa corporal morbidade referida, história familiar de Diabetes Mellitus, e associações com frequência à CNDDM, em usuários do SUS. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003

Variável N total ^a	N	Frequência %	Análise bruta RP ^b (IC ^c 95%)	Valor p
IMC categórico (1267)				0,003 ^d
Mínimo- 18,4	33	9,1	1,00	
18,5-24,9	643	20,1	2,21(0,76-6,44)	
25- 29,9	399	28,8	3,17(1,06-9,50)	
30- máximo	192	30,7	3,38(1,12-10,24)	
História prévia de diabetes mellitus (1589)				0,01 ^e
Não	1462	23,9	1,0	
Sim	127	34,7	1,45(1,10-1,92)	
História prévia de hipertensão (1589)				<0,001 ^e
Não	1165	20,7	1,0	
Sim	424	35,9	1,73(1,48-2,03)	
História prévia de dislipidemia (1589)				<0,001 ^e
Não	1391	22,4	1,0	
Sim	198	40,9	1,82(1,48-2,25)	
História familiar de diabetes mellitus (1589)				0,07 ^e
Não	1097	23,3	1,00	
Sim	492	27,9	1,19(0,99-1,44)	

^a Os totais de observações diferem em função de respostas ignoradas; ^b Razão de prevalência, ^c Intervalo de confiança, ^dTeste de tendência linear, ^e Teste de Wald

Tabela 4. Análise ajustada de fatores demográficos, socioeconômicos e associação com frequência à CNDDM em usuários do SUS, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003

Variáveis N total ^a	Análise ajustada RP ^b (IC95%) ^c	Valor p ^{d,e}
Sexo (1589)		0,001 ^{d,e}
Masculino	1,00	
Feminino	1,38(1,15-1,65)	
Cor da pele (1589)		0,06 ^{e, f}
Branca	1,00	
Não branca	1,22(0,99-1,49)	
Idade (1589)		<0,001 ^{e, g}
20-29 anos	1,00	
30-39 anos	1,46(0,99-2,14)	
40-49 anos	4,51(3,14-6,47)	
50-59 anos	6,17(4,36-8,74)	
60-69 anos	6,22(4,29-9,01)	
70-máximo	4,46(2,92-6,79)	
Escolaridade (1589)		0,9 ^h
0-4 anos	1,81 (0,79-4,13)	
5-8 anos	1,94(0,86-4,38)	
9-11 anos	1,92(0,88-4,22)	
12- máximo	1,00	
Situação conjugal (1589)		0,7 ^e
Com companheiro	1,00	
Sem companheiro	0,96(0,79-1,17)	
Nível Econômico ANEP (1587)		0,7 ^h
A/B	1,00	
C	1,27(0,84-1,93)	
D/E	1,21(0,81-1,83)	

^a Os totais de observações diferem em função de respostas ignoradas ^b Razão de prevalência; ^c Intervalo de confiança; ^d Controlado para idade e cor da pele ^e Teste de Wald, ^fControlado para sexo e idade, ^g Controlado para sexo e cor da pele, ^hTeste de tendência linear

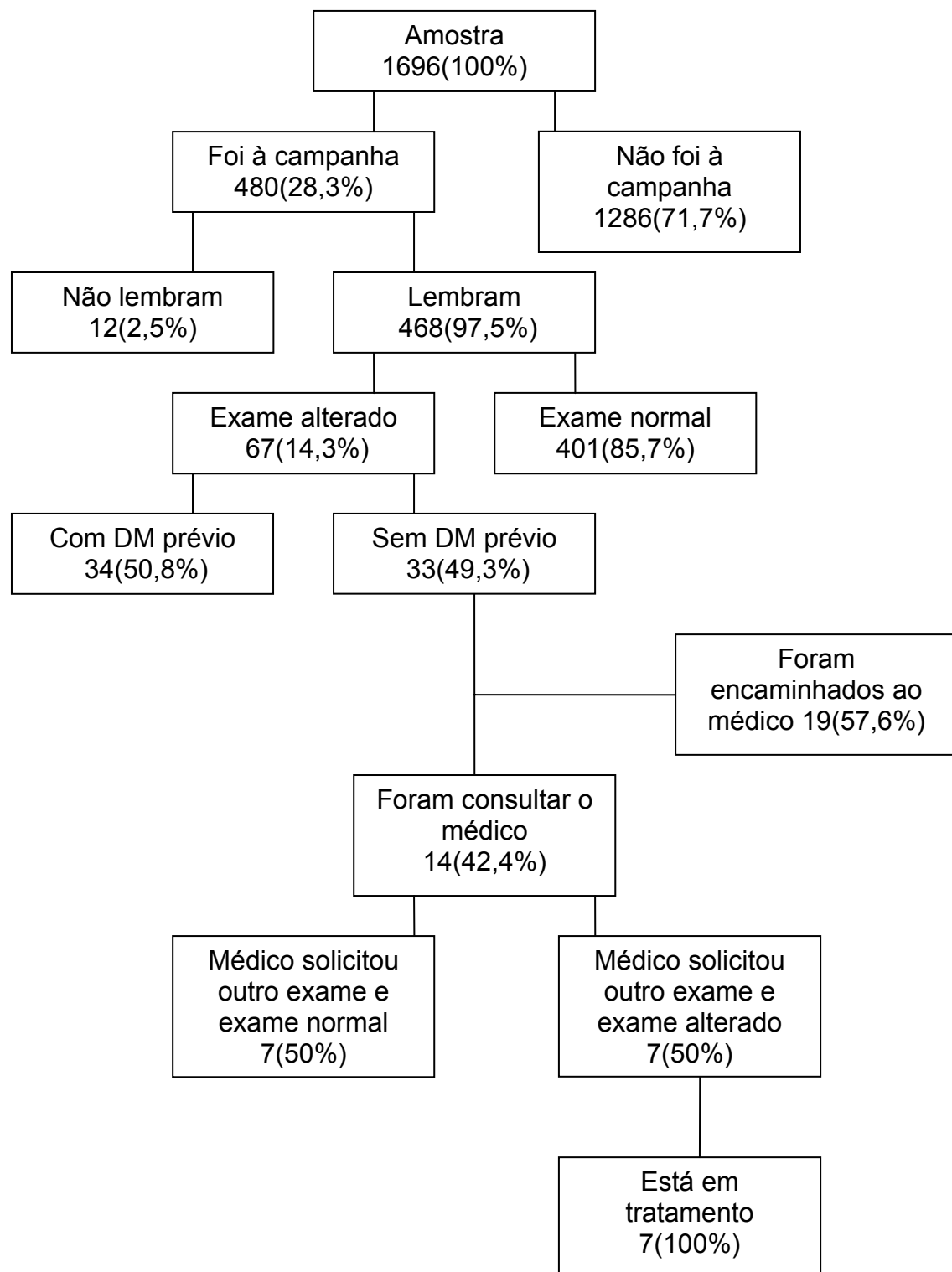


Figura 2. Fluxograma de participação e vinculação em pessoas com 40 anos de idade ou mais.

IV. ARTIGO PARA IMPRENSA LOCAL

AVALIAÇÃO DA CAMPANHA DE DIABETES É TESE DE MESTRADO NA UFPel

Estudo realizado comprova que a rede municipal diagnostica a doença e que as campanhas públicas devem ser direcionadas para a prevenção.

O diabetes mellitus é uma doença grave, sem cura. Devido ao aumento da obesidade e dos hábitos de vida sedentários está aumentando rapidamente o número de pessoas com a doença em todo o mundo. Além dos custos financeiros, também acarreta prejuízo social, já que é responsável pelo aumento da mortalidade precoce e muitas incapacitações. O tema motivou a dissertação de mestrado da aluna do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel, médica endocrinologista, Maria Alice Dode a realizar uma avaliação de como funcionou a campanha nacional de detecção de diabetes, entre os usuários do SUS na zona urbana da cidade de Pelotas. O estudo foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2003, foram entrevistadas em seus domicílios 3100 pessoas maiores de 20 anos de idade.

A dissertação de mestrado que será apresentada no dia 25 de outubro próximo, no auditório do Centro de Pesquisas da UFPel, avalia o resultado da campanha de rastreamento da doença realizado no país em 2001.

Estudo realizado em 1987, em nove capitais brasileiras, mostrou que metade dos portadores de diabetes desconhece que tem a doença. Outros trabalhos mostraram que os portadores de diabetes já apresentavam complicações como alteração de visão ou problemas de rins e de circulação de membros inferiores no momento do diagnóstico. Devido a esse quadro foi criado no Brasil o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Em março e abril de 2001, como parte deste plano, o governo federal lançou uma campanha em nível nacional, com o objetivo de detectar os casos suspeitos de diabetes pela oferta de testes de glicemia capilar (teste feito no dedo ou na orelha) a todos os usuários do SUS. A população-alvo da campanha foram os indivíduos com mais de 40 anos de idade e usuários do SUS. Aos municípios participantes da campanha, o governo federal forneceu glicosímetros, tiras reagentes e lancetas.

Durante a campanha foi feita ampla divulgação na mídia impressa e TV. A cobertura nacional da campanha foi de 73%, sendo que no Rio Grande do Sul atingiu apenas 59%, a segunda mais baixa do país. Pelo estudo realizado em

Pelotas, somente 38% da população-alvo da campanha compareceu, uma cobertura considerada baixa. Entre os usuários do SUS, houve participação maior das mulheres, das pessoas de mais idade e de baixa escolaridade. A campanha também chamou àqueles que apresentavam outros fatores de risco para diabetes, ou seja, os com maior índice de massa corporal, com hipertensão e com gordura no sangue, sendo esse um aspecto positivo da campanha. Das pessoas com mais de 40 anos, 14,3% informaram que o teste estava alterado. Dessas, aproximadamente metade já sabia que tinham diabetes. Das que não tinham diagnóstico prévio, 42,2% realizaram exames para confirmar o diagnóstico, 50% tiveram o diagnóstico confirmado e a totalidade destes, está em tratamento.

A Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus na cidade de Pelotas não teve o impacto esperado frente ao esforço e gastos na sua realização. Com 320.000 habitantes e 54 postos de saúde distribuídos pela cidade, na qual 54% das pessoas são usuários do SUS, o município possui uma ampla rede de unidades básicas de saúde, bem distribuídas, o que certamente torna o acesso ao diagnóstico facilitado. Isto ficou evidenciado no estudo, pelo alto percentual de pessoas que sabiam que tinham diabetes antes da campanha. A maioria dos usuários dos postos de saúde e que são portadores da doença já sabiam do diagnóstico. Diante deste quadro, a pesquisa conclui que esforços devem ser concentrados em melhor atendimento aos já diagnosticados, vinculando-os aos serviços através de oferta regular de medicações e estratégias educativas. Por outro lado, campanhas massivas de saúde com o objetivo de redução de peso e aumento da atividade física (mudanças no estilo de vida), têm se mostrado efetivas em reduzir o risco de desenvolvimento de diabetes e de outras patologias crônicas, abrangendo toda a população em risco independente de diagnóstico.

ANEXOS

ANEXO 1**QUADRO DE REVISÃO**

1. QUADRO DE REVISÃO

QUADRO 1. Critérios para realização de rastreamento conforme diversos consensos

Autor/organização país/ano/referência	Delineamento/ti po de artigo	A favor	Contra	Recomendações
Engelgau et al. USA 2000 23	Revisão	1/3 das pessoas a ½ dos DM (diabetes melitus) não sabem seu diagnóstico, e as complicações estão presentes frequentemente ao diagnóstico clínico. Acredita-se que o diagnóstico precoce e tratamento podem prevenir ou retardar tais complicações e melhorar os resultados. Mas são intuitivos. ECR demonstraram que melhoras nos níveis de HbA1C (hemoglobina glicosilada) podem diminuir as complicações micro e neuropáticas.	Não sabem como um indivíduo assintomático vai se comportar com as advertências de dieta e exercício ou medicação, sem a adesão os benefícios são muito pequenos. Falta um ECR para ver os riscos e benefícios, (testes adicionais, tratamentos desnecessários, danos emocionais, como aumentar a preocupação e reduzir a qualidade de vida, dificuldade em obter seguro/ emprego).	Contra-indicam a realização de rastreamentos de base populacional e programas de rastreamento seletivos na comunidade, (feiras, shoppings), pois têm demonstrado baixo rendimento e pobre seguimento. Rastreamentos periódicos em indivíduos de alto risco, como parte de um cuidado médico contínuo, podem ser justificados. Recomenda que os profissionais de saúde sejam vigilantes em reconhecer situações clínicas como a história, sinais e sintomas sugestivos de diagnóstico.
American College of endocrinology, American Association of Clinical Endocrinology EUA 2001 26	Consenso de experts, Guidelines para rastreamento e manejo de diabetes nos EUA	Os atuais <i>guidelines</i> permitem uma prevalência de complicações ao diagnóstico de 50%. Os novos diagnósticos de diabetes indicam idades mais jovens de início, especialmente em determinados grupos étnicos (50% dos novos casos diagnosticados).		Baixar a idade de rastreamento de 45 para 30 anos em pessoas de alto-risco: [história de diabetes familiar, doença cardiovascular, sobrepeso, estilo de vida sedentário, pertencer a minorias étnicas (latino-hispânico, afro-americano, asio-americano, nativo americano, insulares do Pacífico), conhecimento de intolerância à glicose ou glicemia de jejum alterada prévios, hipertensão arterial sistêmica, aumento de triglicérides (TG) e/ou HDL baixo, história de diabetes gestacional (DG), parto de bebê com mais de 4 kg, e síndrome de ovário policístico (SOP)].
Greenberg USA 2001 10	Revisão	Por ser assintomáticos, 33-50% não são diagnosticados. Por seu início acontecer 4 -7 anos antes do diagnóstico, muitos pacientes têm complicações ao diagnóstico. Pensa-se que o diagnóstico precoce e intervenção terapêutica poderiam prevenir ou retardar o início das complicações.	Nenhum estudo controlado e, portanto, não é uma estratégia baseada em evidências.	Há ausência de dados que suportem um rastreamento populacional. Seguem as recomendações da Associação Americana de Diabetes.
National Screening Committee. First report of the national screening committee. Department of health RU 2001 29	Consenso de experts	Diabetes 2 é uma importante condição. O risco de quem tem história familiar é de 40% e é modulado por outros fatores como a obesidade. Por volta de 25% dos indivíduos têm complicações micro-vasculares ao diagnóstico e muitos exibem um já estabelecido risco cardiovascular. Intervenções contra os fatores de risco podem ser efetivas para baixar a glicemia média e a proporção de indivíduos com a doença. Existem modelos de estudo de efetividade com benefícios para retinopatia.	Não existem evidências de um ensaio clínico randomizado da efetividade. Modelos de custo-efetividade sugerem que o rastreamento e intensiva redução de hiperglicemia são improváveis de serem custo-efetivo em relação a outras intervenções. Estudos existentes são para indivíduos com doença clinicamente reconhecida e não através de rastreamento. Cita alguns estudos que mostram que o diagnóstico pode provocar baixa auto-estima e humor. Questiona se os serviços existentes podem atender a demanda de novos casos de diabetes que exigem cuidados intensivos	Não existe justificativa para rastreamento universal para DM no Reino Unido. Questionam se o rastreamento universal melhora resultados. Indicam rastrear e tratar intensivamente sub-grupos nos quais o diabetes não diagnosticado e a doença coronariana do coração são prevalentes. Recomendaram manejo otimizado da pressão sanguínea e hiperglicemia em pacientes já diagnosticados e rastreamento universal para oftalmopatia e pronto tratamento. Recomendaram pesquisas através de ensaios clínicos randomizados (ECRs) para saber o benefício de detectar e tratar DM rastreados. Questionam o balanço entre os benefícios e prejuízos do rótulo. Como dobra a demanda ao serviço de saúde, questionam se o serviço já sobrecarregado pode absorver a nova demanda. Orientam melhorar o cuidado com o DM já estabelecido.

QUADRO 1. Critérios para realização de rastreamento conforme diversos consensos (continuação...)

Autor/organização/ país/ano/referência	Delineamento/ Tipo	A favor	Contra	Recomendações
Diabetes UK RU 2002 25	Consenso	No UKPDS, 50% dos novos diagnosticados tinham complicações ao diagnóstico (principalmente retinopatia), UKDIABS mostrou que pessoas com DM2 têm a condição 9-12 anos antes do diagnóstico, e que a síndrome metabólica da resistência à insulina (HAS, Obesidade central), dislipidemia, intolerância à glicose têm efeitos aterogênicos graves.	Dizem que o rastreamento populacional não é custo-efetivo, porque faltam pesquisas baseadas em evidências.	Não recomendam rastreamento populacional geral. Recomendam, baseados em estudos de custo-efetividade: Rastrear pessoas com dois ou mais fatores de risco para DM2; idade >40 anos (>25 em pretos, Asiáticos e outras minorias étnicas), história familiar de diabetes (1º grau), sobrepeso e obeso, sedentários, doença cardíaca, doença cérebro-vascular, vascular periférica, hipertensão, mulheres com DG, SOP, procura ativa de casos a cada três anos. Acreditam que isto deve ser feito como parte de um cuidado geral de atenção primária, cuidando também outros fatores de risco, mas deve haver maiores recursos para isto.
Steno Diabetes Centre, Gentofte, Borch-Johnsen et al. Denmark 2003 13	Revisão (referem não terem realizado meta-análise por não haver ECR).	Alta prevalência no mundo e aumentando. Longo e silencioso período; indivíduo não sabe e 20-30% tem complicações micro-vasculares ao diagnóstico. UKPDS mostrou efeito no controle de complicações micro-vasculares com controle fino da glicemia.	Nenhum estudo de rastreamento e intervenção foi feito sistematicamente avaliando os efeitos positivos e negativos do rastreamento. Dizem que qualquer recomendação de rastreamento e intervenção precoce vai depender de interpretação especulativa de estudos de intervenção secundária. Os efeitos psicológicos e econômicos são desconhecidos.	Não recomendam o rastreamento universal de base populacional, mesmo para populações de alto risco. Recomendam rastreamento oportunístico em populações de alto risco. Mas questionam se indivíduos com 2 ou mais fatores de risco deveriam ser rastreados conforme descritos no Diabetes UK, já que em 50% da população existe este critério. Então recomendam scores de risco, mas estes devem ser testados e validados. Recomendam aumentar a conscientização de todos os níveis no sistema de cuidado de saúde.
American Diabetes Association EUA 2003 22	Consenso	Diabetes é freqüentemente não diagnosticado até complicações aparecerem. Aproximadamente 1/3 da população tem DM e não sabe. Referem haver evidências do benefício do tratamento precoce para pacientes diagnosticados clinicamente.	Não existe ECR, falta de dados de estudos prospectivos sobre os benefícios do diagnóstico precoce através de rastreamento de indivíduos assintomáticos. Baixo custo-efetividade sugerido por estudos existentes. Controvérsias sobre se o rastreamento é feito como um processo continuado.	Existem evidências indiretas que justificam um rastreamento oportunístico, nos setores de saúde, para indivíduos em alto risco. Clínicos devem estar vigilantes nos sinais e sintomas para DM. Desaconselham rastreamento comunitário. Recomendam rastrear indivíduos a cada três anos, começando aos 45 anos, principalmente nos de IMC ≥ 25 kg/m ² (Índice de massa corporal). Testes devem ser considerados em indivíduos mais jovens que apresentam um ou mais fatores de risco além dos já citados, com: história familiar de DM, inatividade física, minorias étnicas, prévio diagnóstico de Intolerância à glicose ou glicemia de jejum alterada. História de DG, ou parto de bebê com mais de 4 kg, hipertensão, HDL ≤ 35 mg/dl e ou TG >250 mg/dl, PCO, história de doença vascular.
U.S.Preventive Service Task Force(USPSTF) EUA 2003 21	Postulado de recomendações usadas pela organização	Boas evidências de que o controle fino de glicemia reduz o risco de cegueira, estágio final de doença renal, e que um controle agressivo da pressão arterial, terapia lipídica e uso aspirina reduzem o risco da doença macrovascular.	Nenhum ECR de rastreamento foi realizado, incluindo uma fase pré-clínica assintomática. Os trabalhos disponíveis são em pacientes com doença clinicamente detectada.	Concluem que não existem evidências para contra indicar ou recomendar o rastreamento em adultos assintomáticos para DM. Boas evidências mostrando que os testes podem detectar DM em fase assintomática. Boas evidências de que o controle intensivo da glicemia em pacientes detectados clinicamente pode reduzir a progressão da doença micro-vascular. Não foi demonstrado que iniciar o controle precocemente como resultado de rastreamento dê um benefício extra comparado ao iniciado após diagnóstico clínico. Não encontraram estudos com melhora das complicações macro-vasculares após controle fino. Pobres evidências para medir prejuízos e determinar o balanço entre prejuízos e benefícios. Recomendam rastreamento em adultos com hipertensão, dislipidemia e fatores de risco cardiovasculares.

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO D- DOMICILIAR**

BLOCO D: DOMICILIAR
RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO
Este bloco deve ser aplicado a apenas 1
morador do domicílio, de preferência, a dona
de casa.

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Número do setor _____
 Número da família _____
 Número da pessoa _____
 Endereço _____ (1) casa (2) apartamento
 Data da entrevista ____/____/____
 Horário de início da entrevista ____:____
 Horário do término da entrevista ____:____
 Entrevistadora: _____

NQUE _____

 TIPOM _____
 DE _____
 HI ____:____
 HT ____:____
 ENT ____

D1) Qual o endereço deste domicílio?

Rua: _____

Número: _____ Complemento: _____

D2) O(a) Sr(a) possui telefone neste domicílio?

(0) não (1) sim → Qual o número? _____

DFONE _____

D3) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr(a)?

(0) não (1) sim → Qual o número? _____

DCEL _____

D4) Quantas pessoas moram nesta casa? ____ pessoas

DMOR _____

D5) Nesta casa mora alguma pessoa com Síndrome de Down?

(0) não (1) sim (9) IGN

DDOWN _____

**AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE
 OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA.
 MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO
 SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA,
 PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A)
 PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.**

D6) O(a) Sr.(a) tem rádio em casa?

(0) Não Se sim: Quantos? ____ rádios

DRD _____

D7) Tem televisão colorida em casa?

(0) Não Se sim: Quantas? ____ televisões

DTV _____

D8) O(a) Sr.(a) ou sua família tem carro?

(0) Não Se sim: Quantos? ____ carros

DCAR _____

D9) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr(a) tem em casa? Aspirador de pó (0) Não (1) Sim <i>DASPI</i> ____ Máquina de lavar roupa (0) Não (1) Sim <i>DMAQ</i> ____ Videocassete e/ou DVD (0) Não (1) Sim <i>DVCR</i> ____		
D10) Tem geladeira ? (0) Não (1) Sim <i>DGELA</i> ____		
D11) Tem freezer separado ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim <i>DFREE</i> ____		
D12) Quantos banheiros tem em casa? (0) Nenhum ____ banheiros <i>DBAN</i> ____		
D13) O(a) Sr(a) tem empregada doméstica em casa? (0) Nenhuma Se sim: Quantas? ____ empregadas <i>DEMPRE</i> ____		
D14) Qual o último ano de estudo do chefe da família ? (0) Nenhum ou primário incompleto <i>DESCOCH</i> ____ (1) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto (2) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto (3) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto (4) Superior completo		
D15) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) <i>Pessoa 1: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>DRF1</i> ____ <i>Pessoa 2: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>DRF2</i> ____ <i>Pessoa 3: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>DRF3</i> ____ <i>Pessoa 4: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>DRF4</i> ____ <i>Pessoa 5: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>DRF5</i> ____ (99999) ignorado/não respondeu		
D16) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra, que não foi citada acima? <i>DRE</i> ____ (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ ____ por mês		

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO C- ADULTOS

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 PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES CONSIDERE SOMENTE A ÚLTIMA FRATURA OCORRIDA					YFRAVD ____ YQTD ____
a) O que o(a) Sr(a) quebrou? (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 ____ (88) NSA (99) IGN	b) Esta fratura ocorreu? (1) Trabalhando (2) No seu tempo livre fora de casa (3) Em casa (4) Trânsito (5) Na escola (8) NSA (9) IGN	c) Como foi que ocorreu esta fratura? (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 ____ (8) NSA (9) IGN	d) Fez fisioterapia após tirar o gesso ou imobilização? (0) Não Sim → SE SIM (1) Pelo SUS (2) Particular (3) Convênio (4) Plano de Saúde (8) NSA (9) IGN	e) Esta fratura ocorreu de <MÊS> do ano passado até o dia de hoje? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
YLOFRT ____	YLUGAR ____	YMOTFR ____	YTIGEF ____	YFRUTA ____	

C8) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) caminhou por, <u>pelo menos, 10 minutos seguidos</u> 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 <u>FORTES</u> 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 <u>FORTES</u> 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 <u>MÉDIAS</u> no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis? ____ dia(s) por SEMANA (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C14	QDMOD ____
C13) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades <u>MÉDIAS</u> 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	QTMOD ____ _
SE A RESPOSTA PARA AS QUESTÕES C8, C10 E C12 FOI "NENHUM" FAÇA A QUESTÃO C14, CASO CONTRÁRIO PULE PARA A QUESTÃO C16."	

C14) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) fez atividades físicas no período de lazer por pelo menos três meses sem parar?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C17

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

UFEZ__

C15) Por que parou de praticar as atividades físicas?

Falta de tempo (0) Não (1) Sim

Preguiça (0) Não (1) Sim

Não tinha local adequado (0) Não (1) Sim

Se machucou (0) Não (1) Sim

Falta de dinheiro (0) Não (1) Sim

Falta de companhia (0) Não (1) Sim

Achava chato / não gostava (0) Não (1) Sim

Outro _____ (0) Não (1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

UFALTA__

USONO__

ULOCAL__

UDOI__

UNHERO__

UCOMP__

UCHATO__

UOUTR__

APÓS RESPONDER A QUESTÃO C15, PULE PARA A QUESTÃO C17

C16) Qual desses motivos é o principal para que o(a) Sr(a) realize atividade física?

(1) **Orientação médica**

(2) **Porque gosta**

(3) **Porque acha importante para a saúde**

(4) **Outro motivo** – Qual? _____

(8) NSA

(9) IGN

QMOT__

C17) O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

UVELH__

C18) O(a) Sr(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C20 (1) Sim (9) IGN

C19) Qual?

(01) Diabetes

(07) Algum tipo de câncer

(02) Doenças do coração

(08) Hipertensão ou pressão alta

(03) Paralisia

(09) Asma e/ou bronquite

(04) Problemas articulares

(10) Outra _____

(05) Problemas musculares

(88) NSA

(06) Fratura

(99) IGN

ULES__

UQLES__

C20) O(a) Sr(a) gosta de praticar atividades físicas?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

UGOST__

C21) O(a) Sr(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas?

(0) Não (1) Sim

(9) IGN

UPREG__

C22) A falta de dinheiro atrapalha o(a) Sr(a) de fazer atividades físicas?

(0) Não (1) Sim

(9) IGN

UDIN__

C23) O(a) Sr(a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas?

(0) Não (1) Sim

(9) IGN

UMEDO__

C24) A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas?

(0) Não (1) Sim

(9) IGN

UMIGO__

C25) O(a) Sr(a) tem tempo livre para fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UTEMP __
AGORA FALAREMOS DAS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O SR(A) REALIZAVA NA SUA ADOLESCÊNCIA, ENTRE OS 10 E 19 ANOS DE IDADE	
C26) Sem considerar as aulas de Educação Física, o(a) Sr(a) esteve envolvido <u>NA ESCOLA</u> em equipes esportivas, com treinamentos e/ou competições ou grupos de dança, por no mínimo, 6 meses consecutivos? (0) Não (1) Sim - Qual atividade esportiva? (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 Outra: Qual? _____ (0) Não (1) Sim (8) NSA	QESP __ QFUT __ QFUC __ QBAS __ QVOL __ QHAN __ QATL __ QNAT __ QDAN __ QGIN __ QLUT __ QOUT __
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	QATIV __ QFUT2 __ QFUC2 __ QBAS2 __ QVOL2 __ QHAN2 __ QATL2 __ QNAT2 __ QDAN2 __ QGIN2 __ QLUT2 __ QGIN3 __ QMUS2 __ QCAM2 __ QCOR2 __ QBIC2 __ QOUT2 __
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	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 C30) Desde <TRÊS MESES ATRÁS> deste ano o(a) Sr(a) consultou com médico? (00) Não → PULE PARA A QUESTÃO C45 Sim. Quantas vezes? ____	XHOSP __ 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 |
| Urina | (0) Não | (1) Sim |
| Rx | (0) Não | (1) Sim |
| Eletrocardiograma (ECG) | (0) Não | (1) Sim |
| Ultrassonografia (ecografia) | (0) Não | (1) Sim |
| Endoscopia (pela boca) | (0) Não | (1) Sim |
| Colonoscopia (pelo ânus) | (0) Não | (1) Sim |
| Tomografia Computadorizada | (0) Não | (1) Sim |
| Ressonância Magnética | (0) Não | (1) Sim |
| Biópsias (tecidos, secreções, raspados) | (0) Não | (1) Sim |
| Outro _____ | | (1) Sim |
| (8) NSA | | |
| (9) IGN | | |

XSAN __
XURI __
XRX __
XECG __
XECO __
XEDA __
XCOLO __
XTC __
XRM __
XBIO __
XEOUT __

PULE PARA A QUESTÃO C40

C34) Onde foram estas consultas?

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

XLOC1 __ __
XVEZES1 __ __

XLOC2 __ __
XVEZES2 __ __

XLOC3 __ __
XVEZES3 __ __

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 __

XXQC __ __

C36) Em quantas consultas o médico pediu pelo menos um tipo de exame? __ __ (88) NSA (99) IGN C37) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <PRIMEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____? <table border="0"> <tr> <td>Sangue</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Urina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Rx</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Eletrocardiograma (ECG)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ultrassonografia (ecografia)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (pela boca)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Colonoscopia (pelo ânus)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Tomografia Computadorizada</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ressonância Magnética</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Biópsias (tecidos, secreções, raspados)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (8) NSA (9) IGN 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> _____? <table border="0"> <tr> <td>Sangue</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Urina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Rx</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Eletrocardiograma (ECG)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ultrassonografia (ecografia)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (pela boca)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Colonoscopia (pelo ânus)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Tomografia Computadorizada</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ressonância Magnética</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Biópsias (tecidos, secreções, raspados)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (8) NSA (9) IGN C39) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <TERCEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____? <table border="0"> <tr> <td>Sangue</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Urina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Rx</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Eletrocardiograma (ECG)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ultrassonografia (ecografia)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Endoscopia (pela boca)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Colonoscopia (pelo ânus)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Tomografia Computadorizada</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ressonância Magnética</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Biópsias (tecidos, secreções, raspados)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (8) NSA (9) IGN C40) O(a) Sr(a) teve que pagar pelo(s) exame(s)? (0) Não (1) Sim (2) Não fez o exame pedido (8) NSA	Sangue	(0) Não	(1) Sim	Urina	(0) Não	(1) Sim	Rx	(0) Não	(1) Sim	Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	Outro _____			Sangue	(0) Não	(1) Sim	Urina	(0) Não	(1) Sim	Rx	(0) Não	(1) Sim	Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	Outro _____			Sangue	(0) Não	(1) Sim	Urina	(0) Não	(1) Sim	Rx	(0) Não	(1) Sim	Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	Outro _____			<i>XLOC1B</i> __ __ <i>X1SAN</i> __ <i>X1URI</i> __ <i>X1RX</i> __ <i>X1ECG</i> __ <i>X1ECO</i> __ <i>X1EDA</i> __ <i>X1COL</i> __ <i>X1TC</i> __ <i>X1RM</i> __ <i>X1BIO</i> __ <i>X1EOU</i> __ <i>XLOC2B</i> __ __ <i>X2SAN</i> __ <i>X2URI</i> __ <i>X2RX</i> __ <i>X2ECG</i> __ <i>X2ECO</i> __ <i>X2EDA</i> __ <i>X2COL</i> __ <i>X2TC</i> __ <i>X2RM</i> __ <i>X2BIO</i> __ <i>X2EOU</i> __ <i>XLOC3B</i> __ __ <i>X3SAN</i> __ <i>X3URI</i> __ <i>X3RX</i> __ <i>X3ECG</i> __ <i>X3ECO</i> __ <i>X3EDA</i> __ <i>X3COL</i> __ <i>X3TC</i> __ <i>X3RM</i> __ <i>X3BIO</i> __ <i>X3EOU</i> __ <i>XPAG</i> __
Sangue	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Urina	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Rx	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Outro _____																																																																																																				
Sangue	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Urina	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Rx	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Outro _____																																																																																																				
Sangue	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Urina	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Rx	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim																																																																																																		
Outro _____																																																																																																				
A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITA SOMENTE PARA AS MULHERES																																																																																																				

C41) A Sra. está grávida? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN	XGEST__
FALAREMOS AGORA APENAS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES	
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	PCONS__
C43) Qual o local onde o(a) Sr(a) consultou? (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	PLOC__ __
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)	PREC__ PQUAL__ __ __
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)	PTOM__ PQUALT __ __ __
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	PIND__
C47) Há quanto tempo toma? __ anos __ meses __ dias (88, 88,88) NSA (99, 99,99) IGN	
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	PTEMP __ __ __ __ __ PCOMO _

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 mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo) VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO C50) O(a) Sr(a) tem alguma pessoa na família, que more na sua casa, com doença grave? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN C51) O(a) Sr(a) perdeu o emprego? (0) Não (1) Sim, mas já está empregado (2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN	PMALG____ PMAIS____ PFAM____ PERD____
AGORA FALAREMOS DE CAMPANHAS DE SAÚDE	
C52) Há dois anos atrás teve uma campanha onde faziam o teste do dedinho, para saber se as pessoas tinham diabetes ou açúcar no sangue. O(a) Sr(a) ficou sabendo desta campanha? (0) Não Sim → SE SIM (1) TV (2) Rádio (3) Vizinha, amiga, parente (4) Posto, agente de saúde, médico (5) Mais de uma opção. Quais? _____ (8) NSA (9)IGN _____ C53) O(a) Sr(a) fez o teste do dedinho em Posto de Saúde, Associação de Diabetes ou Asilo de Mendigos na época da campanha? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN C54) O(a) Sr(a) fez o teste mais de uma vez na campanha? (0) Não (1) Sim Quantas? _____ (8) NSA (9) IGN C55) O(a) Sr(a) lembra como foi o resultado do seu exame de açúcar no sangue? 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 C57) O(a) Sr(a) procurou o médico, foi consultar? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN 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	JCAMP____ JTEST____ JFZTS____ JQTAS____ JEX1____ JEX2____ JEX3____ JIMED____ JCONS____ JOTEX____

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 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 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	JTTO__ JDIAB__ JHAS__ JGORD__ JHIST__ JOND__
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 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 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 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	CVAC __ FEZVAC __ LUGVAC __ PQNAOVAC __

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 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	CSVAC __ FEZVACAP __ FREQVAC __ FOISS __ DIAB __ HIPERT __ DCARD __ DPULM __ DRENAL __ CANCER __ GRIFE __
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	GTRAB__ GTRANS __

(6) Outro Qual? _____
(8) NSA

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

C75) Quantos dias da semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir trabalhar?

___ dias. (8) NSA

GDIAS __

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

GTDIA ___

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

(0) Não (1) Sim (8) NSA

GCHUV __

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

(0) Não (1) Sim (8) NSA

GCALEOR __

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

(0) Não (1) Sim (8) NSA

GFRIO __

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

GNOIT __

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

GACID __

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

(4) Fratura (quebra de osso)

(5) Lesão de órgão interno

(6) Outro machucado Qual? _____

(8) NSA

GQACI ___

GGRAV __

C83) Quantos dias o(a) Sr(a) precisou faltar ao trabalho por causa do acidente?

(000) Nenhum ___ Dia(s) (888) NSA

GFTRA __

C84) Agora eu gostaria de ver sua bicicleta, por favor.

Campainha (buzina) (0) Não (1) Sim

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

GCAMP __

GRDIA __

GRTRA __

GRLAT __

GRPED __

GRETR __

GFREI __

GFARD __

GFART __

AGORA FALAREMOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

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)

Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não (1) Sim	MPIL __
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não (1) Sim	MCAMM __
Camisinha feminina	(0) Não (1) Sim	MCAMF __
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não (1) Sim	MLIGA __
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não (1) Sim	MVASE __
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não (1) Sim	MDIU __
Diafragma	(0) Não (1) Sim	MDIAF __
Geléia Espermaticida	(0) Não (1) Sim	MGEL __
Método do Ritmo ou Tabelinha	(0) Não (1) Sim	MTAB __
Coito Interrompido	(0) Não (1) Sim	MCOIT __
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não (1) Sim	MTEMP __
Anticoncepcional Injetável	(0) Não (1) Sim	MINJ __
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não (1) Sim	MEMER __
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não (1) Sim	MOUT __
(7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A QUESTÃO C87		
(8) NSA		MNAD __
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?		
(0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN		MPROFS __
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		MESQPIL __
b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual.		
(0) Não (1) Sim (9) IGN		MHOPIL __
c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula.		
(0) Não (1) Sim (9) IGN		MFUPIL __
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?		MPAPIL __
a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente.		
(0) Não (1) Sim (9) IGN		MCREB __
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		MCDST __
C89) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas?		MLIGIND __
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		MLIGFI __
b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos.		
(0) Não (1) Sim (9) IGN		MINCLO __
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 (4) No 14º dia após o término da menstruação (5) Igual em todos os dias do mês (9) IGN 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 SE O ENTREVISTADO FOR <u>HOMEM</u> C93.a) O Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida? (0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE O ENTREVISTADO FOR <u>MULHER</u> 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? (0) Não (8) NSA (9) IGN (1) Sim. Qual? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa). <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Camisinha masculina (preservativo/condom)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Camisinha feminina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ligadura de trompas (esterilização feminina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Vasectomia (esterilização masculina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>DIU (Dispositivo Intra-Uterino)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Diafragma</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Geléia Espermaticida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Coito Interrompido</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Temperatura basal/Muco cervical</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Anticoncepcional Injetável</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(8) NSA</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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			MRISCO__ MTFIL__ MNFIL__ MPRIMF__ MGINDH__ MGINDM__ MGIND__ MGPIIL__ MGCAMM__ MGCAMF__ MGLIGA__ MGVASE__ MGDIU__ MGDIAF__ MGGEL__ MGTABE__ MGCOIT__ MGTEMP__ MGINJ__ MGEMER__ MGOUT__
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																																														
AS QUESTÕES C95 A C101 DEVEM SER RESPONDIDAS POR <u>HOMENS E MULHERES</u> COM IDADE ATÉ 64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS 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 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 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 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 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 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 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	EDORC__ EATAQ__ EDUR__ ELOC__ ETIP__ EATIV__ ENAU__ ECLAR__ EBARU__ EPIAT__
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 C103) Há quanto tempo o Sr. sabe que tem rendidura ou hérnia na virilha? __ __ ano(s) __ __ meses	HERNIA __ HIMES__ __ __

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 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 C106) Com que frequência o Sr. costuma praticar exercícios abdominais? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Duas ou mais vezes por semana (8) NSA (9)IGN C107) O Sr. costuma ter prisão de ventre? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN C108) O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN C109) Com que frequência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho ou em outra atividade? (0) nunca (1) raramente (2) geralmente (3) sempre (8) NSA (9) IGN 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 QUEREMOS AVISAR O SR. QUE PARA UMA PESQUISA COMPLEMENTAR, UM MÉDICO PODE VIR LHE FAZER UMA NOVA VISITA NOS PRÓXIMOS DIAS. Horário do término da entrevista ____ : ____	<i>HOPMES</i> ____ <i>HIHF</i>____ <i>HABD</i>____ <i>HOBST</i>____ <i>HTOSSE</i> ____ <i>HLVPSO</i> ____ <i>HSOBES</i>____
AS QUESTÕES C111 A C120 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE 20 E 49 ANOS 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 AGORA FALAREMOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER	
C111) Nos últimos três meses, a Sra. menstruou normalmente? (0)Não→ PULE PARA A QUESTÃO C119 (1) Sim (9) IGN VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUAÇÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>SENTIMENTOS</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO. SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS. C112) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra.: - Ficou triste, com vontade de chorar? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou com muita raiva de alguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN	<i>SMENS</i>____ <i>STRIS</i> ____ <i>SRAIV</i> ____

- 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	SIRIT __ SNERV __ SCONF __ SISOL __ SCANS __
VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUACÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>ALTERAÇÕES EM SEU CORPO</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO. SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.	
C113) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra. teve: - Dor ou aumento de tamanho nos seios? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Inchaço nas mãos ou nas pernas? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Ganho de peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SEIOS __ SBARG __ SCABE __ SMAOP __ SGPES __ SDORJ __
C114) Algum dos problemas perguntados acima: Atrapalhou seu relacionamento em casa? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN Precisou que faltasse à escola? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN Precisou que faltasse ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN Outros problemas: _____	SDIFA __ SFALS __ SFALT __ SDIF __
C115) A Sra. acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual? (0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C117 (1) Sim (9) IGN	STPM __
C116) A Sra. fez ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual? (0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN	STRAT __
C117) A Sra. toma algum hormônio ou remédio para a menopausa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SREME __
C118) A Sra. tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN	EMEN__
C119) A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar? (0) Não→ PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN	EPIL__
C120) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	EAUM__
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 AGORA FALAREMOS SOBRE EXAMES DE PREVENÇÃO	
C121) A Sra já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN C122) Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra já ouviu falar deste exame? (0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C128	CCAN__

(1) Sim (8) NSA (9) IGN 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 <u>LER AS OPÇÕES</u> e marcar as respostas nas colunas (2) e (3). Se a primeira resposta for a opção “f”, não ler as demais). <table border="0"> <tr> <td>a) Acha que vai doer</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> </tr> <tr> <td>b) Tem medo que dê câncer</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> </tr> <tr> <td>c) Não sabe onde faz</td> <td>(1) Não Sabe, esp.</td> <td>(2) Não sabe, ind.</td> <td>(3) Sabe</td> </tr> <tr> <td>d) O médico não pediu este exame</td> <td>(1) Não pediu esp.</td> <td>(2) Não pediu, ind.</td> <td>(3) Pediu</td> </tr> <tr> <td>e) Sente vergonha</td> <td>(1) Sim, esp.</td> <td>(2) Sim, ind.</td> <td>(3) Não</td> </tr> <tr> <td>f) Nunca tive relações sexuais (não ler)</td> <td>(1) Nunca tive, esp.</td> <td>(9) IGN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6) Outra opção _____</td> <td>(8) NSA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(9) IGN</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 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 <u>SUS</u> ou Faculdade de Medicina (2) Clínica ou consultório por <u>convênio</u> (3) Clínica ou consultório <u>particular</u> (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 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 Horário do término da entrevista __ __ : __ __	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 tive relações sexuais (não ler)	(1) Nunca tive, esp.	(9) IGN		(6) Outra opção _____	(8) NSA			(9) IGN				CPREC__ CFEZP__ __ C2002__ CDOI__ CMEDO__ CNOND__ CNPED__ CVERG__ CNREL__ COUTR__ CULPR CPNPR CONFZ__ CSABU__ CCACU__ CGANO__ CEXDO__
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 tive relações sexuais (não ler)	(1) Nunca tive, esp.	(9) IGN																															
(6) Outra opção _____	(8) NSA																																
(9) IGN																																	

ANEXO 4

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Este manual poderá ser
acessado em [www.epidemiologia-
ufpel.org.br](http://www.epidemiologia.ufpel.org.br)

ANEXO 5

REGRAS PARA PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICO

Este artigo será submetido à *Revista Panamericana de Salud Pública*, cujas normas para publicação encontram-se em <http://www.scielosp.org/revistas/rpspl/iinstruc.htm>; acessado em 17/11/2004.