



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

**FATORES ASSOCIADOS À PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO. PROBLEMAS DE
COBERTURA E DE FOCO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MESTRANDO: CARLOS ALBERTO TEMES DE QUADROS

ORIENTADOR: DR. CESAR GOMES VICTORA

CO-ORIENTADOR: DR. JUVENAL SOARES DIAS DA COSTA

PELOTAS, 2003

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

**FATORES ASSOCIADOS À PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO. PROBLEMAS DE
COBERTURA E DE FOCO**

MESTRANDO: CARLOS ALBERTO TEMES DE QUADROS

ORIENTADOR: DR. CESAR GOMES VICTORA

CO-ORIENTADOR: DR. JUVENAL SOARES DIAS DA COSTA

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre.

PELOTAS, 2003

CARLOS ALBERTO TEMES DE QUADROS

**FATORES ASSOCIADOS À PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO. PROBLEMAS DE
COBERTURA E DE FOCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal de Pelotas para obtenção de título de Mestre

Banca examinadora:

Prof. Dr. César Gomes Victora (orientador)

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. José Eluf-Neto

Universidade de São Paulo

Prof. Dra. Ana Maria Baptista Menezes

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Sérgio Tessaro

Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 24 de Janeiro de 2003.

DEDICATÓRIA

Às mulheres pelotenses que, de modo tão generoso, contribuíram para a realização deste estudo. Se, de alguma maneira, os resultados contribuírem para a melhor qualidade de vida, terei alcançado meu objetivo.

AGRADECIMENTOS

Ao amigo César, minha admiração e meu agradecimento pelo apoio e pela orientação que recebi na realização deste trabalho.

Ao Juvenal, parceiro novo, pela colaboração em todos os momentos.

Através deles, agradeço a todos os professores, funcionários e colegas do mestrado.

SUMÁRIO

Projeto de Pesquisa.....	1
Relatório do trabalho de campo.....	30
Artigo principal.....	48
Anexos.....	81

PROJETO DE PESQUISA

“FATORES ASSOCIADOS À PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO. PROBLEMAS DE COBERTURA
E DE FOCO”

Autores

Carlos Alberto Temes de Quadros

César Gomes Victora (orientador)

Juvenal Dias da Costa (co-orientador)

Data da apresentação

05/02/2002

Revisora

Dra Ana Menezes

Instituição

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina. Universidade
Federal de Pelotas.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do problema/tema de pesquisa

O presente estudo tem como problema de pesquisa a medida da prevalência, cobertura e foco de realização do exame preventivo do câncer de colo uterino e seus fatores associados, na população de mulheres urbanas da cidade de Pelotas, RS, acima de 20 anos, com especial atenção para a faixa etária de 25 a 59 anos, que compreende a população alvo definida pela Norma Técnica do Ministério da Saúde do Brasil.

1.2 Justificativa

Apesar do exame citopatológico do colo uterino representar uma ferramenta efetiva na detecção precoce do câncer cérvico uterino, ele permanece sub-utilizado pelas mulheres brasileiras. Trabalhos científicos da literatura médica evidenciam que programas organizados de triagem, com alta cobertura, são capazes de reduzir em mais de 70% tanto a incidência quanto a mortalidade por esta patologia. No entanto, os dados obtidos de séries históricas dos registros de câncer de base populacional e os registros de mortalidade mostram que, enquanto há uma tendência à estabilidade na incidência, o

coeficiente de mortalidade tem aumentado. No Estado do Rio Grande do Sul, foi verificado um acréscimo da taxa de mortalidade nos últimos anos(1). A reduzida eficiência e efetividade do programa de prevenção do câncer de colo uterino está associada à baixa cobertura populacional e à qualidade dos serviços prestados. Ressalte-se que esta baixa cobertura é observada mais freqüentemente na população de maior risco(2). Esta observação chama a atenção para a cobertura, que é a proporção de mulheres que fazem o teste e necessitam dele, equivalente à sensibilidade, e o foco do programa organizado, equivalente ao valor preditivo positivo, que é o número de mulheres que realizam o exame e são alvo do programa(3). A prevenção do câncer de colo uterino não pode ser tratada como ação pontual, a ser desenvolvida apenas para aquelas mulheres que procuram os serviços médicos espontaneamente. Esta atitude tem levado grupos de mulheres, exageradamente sensibilizados por campanhas de mobilização pública, a procurar reiteradamente os serviços que prestam tal atendimento, sobrecarregando o sistema. Outras procuram porque, sintomáticas, encontram-se em estágios avançados da doença, o que significa o fracasso da prevenção.

Pretende-se, com o estudo aqui proposto, que os resultados possam proporcionar informações úteis para a planificação de políticas públicas que se utilizem de estratégias que possam aumentar a cobertura em mulheres com risco para esta patologia.

1.3 Objetivo geral

Identificar numa amostra de mulheres de 20 ou mais anos de idade, moradoras da zona urbana da cidade de Pelotas, os principais fatores associados à utilização do teste Papanicolaou na prevenção do câncer do colo uterino.

1.4 Objetivos específicos

1- Identificar, na população estudada, o conhecimento sobre a existência do teste de Papanicolaou e sobre a freqüência preconizada.

2- Relacionar a idade, cor da pele, classe social, escolaridade, estado civil e índice de risco reprodutivo com o conhecimento sobre a existência do exame e sobre sua freqüência.

3- Estudar a cobertura e o foco de realização do exame entre as mulheres estudadas, nos últimos três anos.

4- Construir um índice de risco reprodutivo, com dados da literatura médica, através de variáveis associadas significativamente ao câncer de colo uterino: idade, idade do início da atividade sexual, número de partos vaginais, número de parceiros sexuais, relacionando-o à freqüência de realização do teste.

5- Estudar o padrão de cobertura do programa de prevenção do câncer de colo uterino, levando-se em conta a idade, cor da pele, classe social, estado civil, escolaridade e índice de risco.

6- Avaliar a freqüência de consultas médicas, particularizando as consultas ginecológicas, no sistema público e privado, realizadas no último ano.

7- Relacionar a freqüência de consultas médicas gerais e especializadas, no sistema público e privado, com a realização do exame.

1.5 Hipóteses

1- O conhecimento da existência do exame Papanicolaou na população estudada é superior a 70% e o da periodicidade com que deve ser realizado é menor do que 20%.

2- O conhecimento da existência e da periodicidade com que deve ser realizado o exame preventivo do câncer de colo uterino é maior entre as mulheres de classe social e faixa etária mais elevadas, brancas, casadas, com maior índice de risco reprodutivo e com maior escolaridade.

3- A prevalência de mulheres entre 25 a 60 anos que realizaram o exame Papanicolaou nos últimos três anos, é menor que o preconizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde, ocorrendo um grande número de exames fora dos limites desta faixa etária.

4- A freqüência da realização do exame preventivo é maior nas mulheres, jovens, brancas, casadas, pertencentes a classes sociais mais elevadas e com maior nível de escolaridade.

5- A realização do exame citopatológico nos últimos três anos é mais freqüente nas mulheres com maior índice de risco reprodutivo.

6- A realização de pelo menos uma consulta médica no último ano, na população estudada, é de 75%.

7- As oportunidades perdidas de realização do exame preventivo nas mulheres que consultam é alta, sendo maior nos serviços públicos que nos privados.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de colo uterino ocupa o terceiro lugar na incidência de câncer em mulheres em todo o mundo, com uma estimativa para o ano 2000 de uma Taxa de Incidência de 16.12 e uma Taxa de Mortalidade de 7.76 (470.606 casos incidentes, determinando 233.372 mortes). Representa, aproximadamente, 10% dos novos casos de câncer e 10% das mortes por câncer em mulheres. Sua distribuição é desigual, com maior incidência e mortalidade ocorrendo nas regiões menos desenvolvidas do mundo: Taxa de Incidência de 18.73 e Taxa de Mortalidade de 9.79. Deste modo, espera-se, em relação aos dados citados acima, que 379.153 dos casos novos e 194.025 das mortes ocorram em países menos desenvolvidos(4).

Os programas de triagem pela citologia exfoliativa (o exame Papanicolaou) são, no momento, a única estratégia para controle do câncer de colo uterino. No entanto, as evidências disponíveis sugerem que poucos países em desenvolvimento os adotam, apesar do sucesso evidenciado nos países desenvolvidos(5,6). A história natural desta patologia, mais do que em qualquer outro tipo de câncer, presta-se ao rastreio populacional, principalmente pela existência de uma fase pré-clínica prolongada.

O objetivo da técnica de triagem para o câncer de colo uterino é detectar as lesões pré-invasivas. Eliminando estas lesões, a incidência e a mortalidade pelo carcinoma invasor serão reduzidas. Este conceito tem tido sucesso nos últimos 50 anos nos países que introduziram esta técnica de forma organizada, contrapondo-se à triagem oportunística. A história natural do câncer de colo uterino apresenta, como uma de suas características, uma evolução lenta das lesões precursoras, com um intervalo aproximado de 10 anos entre o seu surgimento e o estabelecimento de sua forma invasora(7-9). As lesões intra-epiteliais, que têm caráter progressivo, podem ser detectadas e tratadas na fase pré clínica e esta é a meta dos programas de triagem.

Para que um programa de triagem tenha sucesso, deve-se obedecer determinados pré-requisitos(10) :

- a doença representa um importante problema de saúde pública com alta incidência;
- deve existir um tratamento aceito pelos pacientes com a doença;

- é preciso dispor de serviços de diagnóstico e tratamento;
- a doença tem reconhecido tempo de latência;
- a existência de um teste apropriado para triagem;
- a existência de um teste aceito pela população;
- conhecer a história natural da doença, desde a latência até a fase sintomática da doença;
- o diagnóstico precoce das lesões e seu tratamento devem ser normatizados;
- os resultados do programa de triagem devem ser economicamente viáveis, medidos pela análise de custo-benefício;
- o processo de triagem deve ser ininterrupto, não devendo ter características de campanhas.

O exame de citologia exfoliativa do colo uterino, corado pela técnica de Papanicolaou, foi apresentado ao meio médico pelo pesquisador George Papanicolaou, em 1941, em seu trabalho clássico “The Diagnostic Value of Vaginal Smears in Carcinoma of the Uterus,” publicado em conjunto com Traut(11). Até então, o diagnóstico era feito, na sua maior parte, através de biópsias em pacientes que buscavam o atendimento médico por apresentarem sintomas, como consequência de doença avançada.

A partir da introdução do exame de citologia exfoliativa do colo uterino, em programas organizados de triagem em vários países, ficou evidenciada a efetividade desta técnica, com uma redução de 70% tanto na incidência quanto na mortalidade por câncer cérvico-uterino(12,13). Na Finlândia, cujo registro de câncer existe desde 1953, o programa de triagem em massa iniciou no princípio dos anos 60. Nieminen relata uma incidência de câncer de colo uterino de 15,4 por 10^5 mulheres-ano em 1960 e, em 1991, de somente 2,7 por 10^5 mulheres-ano. A mortalidade diminuiu na mesma proporção desde o início do programa; em 1960 o coeficiente de mortalidade era de 6,6 e, em 1991, 1,4 por 10^5 mulheres-ano(14).

Estudos do tipo caso-controle também estabelecem o exame Papanicolaou como fator de proteção em relação ao desenvolvimento do câncer de colo uterino. Hernández-Avila, no México, estudou 233 casos de carcinoma in situ e 397 de câncer invasor de colo uterino e uma amostra de 1005 controles. Foi observado, para as mulheres que realizaram o teste de Papanicolaou espontaneamente, isto é, sem sintomas, um OR de 0,38 e um IC de 95% (0,28-0,52)(15).

Em relação ao tratamento, as lesões precursoras de modo geral podem ser tratadas em nível ambulatorial e muitas estratégias de pronto atendimento são propostas, no sentido de evitar a demora e o risco de perda do acompanhamento da paciente. A cirurgia de alta freqüência, que permite tratamento excisional da lesão, introduziu a opção de

“ver e tratar”, com baixa taxa de complicações e apresenta-se no momento como melhor opção custo-efetividade(16).

Muito se tem debatido em relação aos custos e benefícios de um programa deste porte, a maior parte dos trabalhos concordando que os benefícios advindos desta política de saúde justificam a sua implantação. No México, Hernandez-Pena propõe a efetivação de uma reforma no programa de prevenção do câncer de colo uterino, aumentando sua eficiência através da capacitação dos recursos humanos envolvidos, a notificação personalizada dos casos positivos, o aumento de cobertura, a introdução de controle de qualidade, o tratamento das pacientes e a monitorização contínua do programa, evitando, assim, diagnósticos tardios. A detecção precoce das alterações se traduziria em economia, por evitar tratamentos complexos, e em benefícios sociais, por evitar mortes prematuras(17).

Na prática das políticas de saúde, os programas de triagem do câncer de colo uterino são divididos em programas organizados e oportunísticos. Os programas organizados são caracterizados por uma coordenação e coleta de dados centralizados, por uma população alvo definida, chamamento individual das pacientes, com nova chamada para as que não atenderam na primeira vez e intervalos de realização do exame bem definidos. São exemplos de utilização deste tipo de programa as políticas públicas desenvolvidas na British Columbia, Inglaterra e países Nórdicos. Ao contrário, os EUA, Japão, América do Sul, França, Alemanha utilizam os programas de triagem

oportunísticos, puros ou mistos, que se caracterizam por não disporem de dados centralizados, sendo a participação da usuária por disposição pessoal, sem intervalo entre exames bem definido. As experiências de programas de triagem, principalmente na British Columbia, mostram que a cobertura, isto é, o percentual da população que participa no programa, é essencial para o sucesso do mesmo. Principalmente, os estudos efetuados no Canadá mostram que uma cobertura na ordem de 80% é capaz de reduzir a incidência e a mortalidade em mais de 70% (18-21). A correlação entre a diminuição da mortalidade por câncer de colo uterino e os programas de prevenção dos países desenvolvidos sugere que, no Brasil, embora ele tenha sido um dos primeiros países a adotar o exame Papanicolaou e a Colposcopia, já na década de 1940, existem diversas dificuldades no estabelecimento destes programas, determinando uma alta taxa de incidência e mortalidade (22-25). Séries históricas dos coeficientes de mortalidade do Estado do Rio Grande do Sul foram avaliadas e padronizadas para o período de 1970 a 1989. Foi observado uma tendência crescente ($p<0,001$) com $b=0,17$. Em 1970, o coeficiente padronizado foi de 3,0 por 100.000 mulheres; em 1980, foi de 5,4 e, em 1989, foi de 7,37. Essa tendência é extremamente preocupante, pois a maioria dos países tem apresentado diminuição na incidência e na mortalidade por essa neoplasia(26).

Assim, como já foi salientado, a cobertura populacional acima dos 80% das mulheres na faixa etária de risco é parte fundamental para que este tipo de programa tenha impacto nos coeficientes de incidência e mortalidade. Apesar da estratégia de coleta

a cada três anos e da redução da população alvo para mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos, a cobertura populacional geral continua baixa e, menor ainda, nas populações de menor renda e de faixa etária de maior risco(27).

Interessante notar que justamente os países desenvolvidos são os que mais produzem pesquisas para estudo dos motivos que levam a esta baixa cobertura(28-31).

As explicações para as dificuldades que as mulheres têm para participar adequadamente destes tipos de programas podem ser abordadas de modo similar ao enfoque de J. Ayres em relação à vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A vulnerabilidade está presente em três planos interdependentes: a vulnerabilidade individual e a vulnerabilidade coletiva, subdividida em programática e social. A vulnerabilidade individual é afetada pelas condições cognitivas, comportamentais e sociais. Representa o inverso do “empowerment” ou empoderamento do indivíduo. No programático, consideram-se os fatores relativos à organização da assistência à saúde e as relações estabelecidas entre a instituição, a equipe de saúde e a usuária. No dizer de Ayres:... “ele é extremamente importante porque o programa é uma espécie de ligação entre os planos individual e social; ele é um caminho concreto do empowerment, justamente por ser um aglutinador de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalisador/amplificador das necessidades e contradições socialmente postos”. No nível social, os indicadores propostos são os adotados no Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas(32).

Nos EUA, um dos fatores de exposição associado com a não realização do exame citopatológico é a origem latina das mulheres. Neste grupo de mulheres, é reconhecido uma atitude “fatalista”, onde o destino está previamente determinado(33). Crenças e tabus em relação ao câncer de colo uterino, como ter relação sexual durante a menstruação, também são encontrados nas populações americanas de origem latina(34).

Pesquisa realizada na cidade de Pelotas, sobre a cobertura do exame Papanicolaou, revela uma freqüência de exames na população feminina superior à encontrada em outras regiões do País e do mundo. No entanto, constata uma menor freqüência do exame nas classes sociais mais baixas e nas faixas etárias de maior risco(27).

Outra pesquisa, também realizada na cidade de Pelotas, aponta para a importância dentro do grupo de mulheres, da variável raça, tendo as negras e mulatas, como fator associado, um menor acesso aos cuidados de saúde em relação às brancas e conclui que ... “não basta perceber as diferenciações de gênero, é necessário ir além e, interpelar outros aspectos do viver social, entre eles os de identificação racial”(35).

Essa considerações sintetizam os dados obtidos nas diversas pesquisas encontradas na literatura, chamando a atenção para três planos de relações de desigualdades sociais na utilização dos serviços de saúde: classe social, raça/etnia e gênero.

Estas noções são importantes para que se estabeleçam estratégias de intervenção para o acolhimento e a disponibilização do exame para a população de risco. Para isto, devem ocorrer maiores investigações acerca do conhecimento a respeito do exame, das crenças, e de outras possíveis barreiras à utilização adequada dos programas de prevenção do câncer de colo uterino(36).

Concluindo observamos que:

- estudos ecológicos, de coorte e caso controle, evidenciam a efetividade dos programas organizados de prevenção do câncer de colo uterino;
- existem raros estudos brasileiros de base populacional;
- existem fatores preditores associados à vulnerabilidade individual, programática e social que, reconhecidos, podem favorecer a correta implementação deste programa de saúde pública.

Portanto, nos propomos a estudar variáveis representativas destes diferentes níveis de vulnerabilidade, que podem funcionar como preditores da participação das mulheres neste tipo de programa.

3. MODELO TEÓRICO

Níveis		Variáveis
1	Fatores demográficos.	Idade Cor Menopausa
2	Fatores socioeconômicos.	ABIPEME Escolaridade Renda Estado civil
três	Fatores biológicos e comportamentais.	Fumo IRS Partos Parceiros sexuais Consultas médicas Local consulta
Desfecho		Conhecimento e realização do exame

As variáveis idade e cor da pele encontram-se na camada mais distal dos determinantes do desfecho, pois, no adulto, sobredeterminam a inserção de classe social, escolaridade, renda e estado civil, que estão na camada intermediária do modelo hierárquico. No nível proximal ao desfecho, encontram-se as variáveis biológicas e comportamentais.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento

O delineamento metodológico será de um estudo transversal, de base populacional, uma vez que esta metodologia, simples e de baixo custo, permite avaliar programas de saúde e estabelecer associação entre as exposições e o desfecho estudado, através do cálculo da razão de prevalências.

As vantagens desta metodologia, como referido, permitem a repetição do estudo para, por exemplo, monitorar a implementação de políticas públicas nesta área. A facilidade em se obter amostra probabilística, a rapidez e objetividade na coleta de dados são outras vantagens a serem consideradas.

4.2 População-alvo

Será realizado um estudo transversal de base populacional, de mulheres de 20 anos ou mais, residentes na área urbana de Pelotas, com base em uma amostra de conglomerados.

4.3 Critérios de exclusão

Não serão admitidas no estudo mulheres institucionalizadas (asilos, hospitais, presídios etc.).

4.4 Cálculo de tamanho de amostra

A amostragem será em múltiplos estágios:

- amostra sistemática por conglomerados;
- amostra aleatória simples de quadras;
- amostra sistemática por domicílios.

O cálculo de tamanho de amostra deve ser suficiente para o estudo de prevalência, bem como para estudo de associação do desfecho com as variáveis independentes. Além disso, é preciso levar em consideração o efeito de delineamento (conglomerados), mais um acréscimo para perdas e recusas e para controle dos eventuais fatores de confusão.

As amostras foram calculadas para um erro alfa de 5% e um poder de 80%.

Inicialmente, a amostra foi calculada para estimar a precisão do desfecho mais próximo de 50%, a “não realização do exame Papanicolaou nos últimos três anos”, (Dias da Costa, D’Elia et al. 1998)(27).

Prevalência do desfecho	Erro aceitável	Número de mulheres	Efeito de delineamento (2,0)	Acréscimo para perdas e recusas de 10%
35	4	546	1092	1201

Após, foi calculada a amostra pela exposição menos prevalente, “classe A,B e C”, (Dias da Costa, D’Elia et al. 1998)(27).

Razão não expostos/expostos	Prevalência da não realização do exame em três anos nos não expostos	Risco Relativo	Número de mulheres	Efeito de delineamento (2,0)	Acréscimo para controle de fatores de confusão de 15% mais 10% por perdas e recusas
30:70	27%	1,5	473	946	1144

4.5 Instrumento

Serão utilizados questionários estruturados, padronizados e pré-codificados que serão aplicados por estudantes universitários, previamente treinados e um questionário auto-aplicado, para ser entregue e preenchido pela pessoa entrevistada, em virtude da intimidade das perguntas.

4.6 Variáveis

4.6.1 Variáveis dependentes

Variável	Tipo de variável	Escala de Coleta	Escala de Análise
Conhecimento do exame preventivo do câncer do útero (Papanicolaou)	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Realização do exame Papanicolaou.	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Data do último/penúltimo exame.	Numérica Discreta	Anos	0,1,2,3,4 ou mais
Freqüência que deve ser realizado.	Categórica ordinal	Anos	Sim ou Não

4.6.2 Variáveis independentes

Variável	Tipo de variável	Escala de Coleta	Escala de Análise
Demográficas			
Idade	Numérica Discreta	Anos Completos	25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59.
Cor da pele	Categórica Binária	Branca ou Não Branca	Branca ou Não Branca
Estado civil	Categórica Nominal	Solteira, Casada, Separada, Viúva	Solteira, Casada, Separada, Viúva
Local de realização do exame.	Categórica Binária	Público ou Privado	Público ou Privado
Idade de início da atividade sexual	Numérica Discreta	Anos Completos	15 ou menos, 16-23, 24 ou mais
Número de partos vaginais	Numérica Discreta	Número	0 a 10
Número de parceiros sexuais	Numérica Discreta	Número	0 a 10

4.7 Seleção e treinamento das entrevistadoras

Mulheres com segundo grau completo serão selecionadas através de prova de conhecimentos gerais e entrevista. O treinamento será de 40 horas, obedecendo os seguintes passos:

- treinamento das técnicas de entrevista: estudo teórico das técnicas de entrevista, dramatizações e aplicações do questionário, utilizando o respectivo manual de instruções, sob supervisão;

- estudo piloto: testagem inicial da aplicação dos instrumentos por parte dos entrevistadores.

4.8 Logística

Os entrevistadores, após serem selecionados e treinados, deverão entrevistar, em média, 3 (três) domicílios por dia (cerca de 8 indivíduos). Cada um dos pesquisadores (n=11) será responsável pela supervisão de alguns setores censitários. Semanalmente haverá reunião com os entrevistadores, para esclarecimento de dúvidas e para revisão dos questionários e do andamento do trabalho de campo.

4.9 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado em um setor censitário da cidade, que não tiver sido sorteado para fazer parte da amostra. Consistirá de testagem final do questionário, manual e organização do trabalho de campo, além do treinamento final e de codificação para os entrevistadores.

4.10 Controle de qualidade

Haverá revisita de 10% dos domicílios, sorteados aleatoriamente, com aplicação de um questionário contendo perguntas chave para a verificação de possíveis

erros ou respostas falsas. Os questionários serão revisados atentamente, para o controle de possíveis erros no preenchimento.

4.11 Coleta e manejo dos dados

Os entrevistadores visitarão as casas sorteadas no processo de amostragem e entrevistarão todos os indivíduos, com 20 anos ou mais, residentes naquele domicílio. Caso um ou mais dos possíveis entrevistados não estejam em casa no momento, as entrevistas serão agendadas e as casas novamente visitadas. Caso um morador se recuse a responder ao questionário, serão realizadas mais duas tentativas, em horários diferentes, pelo entrevistador. Caso a recusa persista, uma última tentativa será feita pelo supervisor do setor.

4.12 Tratamento estatístico

O tratamento estatístico do presente estudo será realizado tendo como ponto de partida os desfechos dicotômicos: conhece o exame, fez o exame há 3 anos e fez o exame uma vez na vida. Será realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra e, posteriormente, serão realizadas análises bivariadas e multivariadas para os testes de hipóteses iniciais do estudo. Para todos os testes de hipótese, será adotado um nível de significância de 5%.

A análise descritiva calculará as prevalências de todas as variáveis incluídas no estudo, com respectivos intervalos de confiança. A análise bruta calculará prevalências da realização do exame e do conhecimento do exame, conforme grupos das variáveis independentes, com respectivas razões de prevalência, intervalo de confiança e valores p. 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.

No caso da comparação de variáveis categóricas dicotômicas, será realizado o teste do qui-quadrado para heterogeneidade. No caso de comparação de uma variável categórica dicotômica com outra categórica ordinal, será realizado o teste para tendência linear, além do qui-quadrado para heterogeneidade. Na análise multivariada, será realizada regressão de Poisson binomial, com base no modelo de análise proposto pelo modelo teórico hierarquizado..

Os fatores de confusão serão identificados a partir do modelo hierarquizado e serão detectados quando estiverem distorcendo a associação entre duas variáveis; estiverem associados com o desfecho; com a exposição em questão e não serem elo da cadeia causal, que leva da exposição ao desfecho. Os mesmos serão controlados na modelagem da regressão.

5. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão digitados através do programa Epi-Info 6.0. O controle da qualidade da informação será feito através de dupla digitação, para comparação da entrada dos dados e, a consistência, através do Check, que é um recurso de programação do Epi-Info 6.0.

As freqüências e análise dos dados serão realizadas com o pacote estatístico Stata6.0.

Será utilizado o nível de significância padrão de 5% em toda a análise.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será submetido à avaliação da Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL. Será explicada às entrevistadas a importância da participação e o absoluto sigilo dos dados. Será solicitado o consentimento verbal às entrevistadas e assegurado o direito de não resposta, de parte ou de todo o questionário. As perguntas íntimas serão realizadas através de um questionário auto-aplicado que será colocado pela entrevistada em envelope lacrado.

7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- artigos para publicação em periódicos científicos;
- 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 do consórcio de mestrado do biênio 2001-2002, 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 pela Secretaria Municipal de Saúde.

9. BIBLIOGRAFIA

Referências bibliográficas.

- 1 Secretaria Estadual da Saúde. Rio Grande do Sul. Coordenadoria de informações em saúde. Sistema de informações em mortalidade. *SIM* 2000.
- 2 van Bogaert LJ, Knapp DC. Opportunistic testing of medically underserved women for cervical cancer in South Africa. *Acta Cytol* 2001; 45(3):313-6.
- 3 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.
- 4 J.Ferlay, F.Bray, PP, Parkin. DM. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. *IARC CancerBase No 5 Lyon, IARCP* 2001 2000; : <http://www-dep.iarc.fr/globocan/globocan.htm>.
- 5 Boyes DA. The value of a Pap smear program and suggestions for its implementation. *Cancer* 1981; 48(2 Suppl):613-21.
- 6 Hakama M, Louhivuori K. A screening programme for cervical cancer that worked. *Cancer Surv* 1988; 7(3):403-16.
- 7 Barron BA, Richart RM. A statistical model of the natural history of cervical carcinoma based on a prospective study of 557 cases. *J Natl Cancer Inst* 1968; 41(6):1343-53.

- 8 Barron BA, Cahill MC, Richart RM. A statistical model of the natural history of cervical neoplastic disease: the duration of carcinoma in situ. *Gynecol Oncol* 1978; 6(2):196-205.
- 9 Hakama M, West R. Cervical cancer in Finland and South Wales: implications of end results data on the natural history. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34(1):14-8.
- 10 Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968; 65(4):281-393.
- 11 G Papanicolaou, Traut H. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1941; 42(2):211-223.
- 12 Aareleid T, Pukkala E, Thomson H, Hakama M. Cervical cancer incidence and mortality trends in Finland and Estonia: a screened vs. an unscreened population. *Eur J Cancer* 1993; 5:745-9.
- 13 Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; 1(8544):1247-9.
- 14 Nieminen P, Kallio M, Hakama M. The effect of mass screening on incidence and mortality of squamous and adenocarcinoma of cervix uteri. *Obstet Gynecol* 1995; 85(6):1017-21.
- 15 Hernandez-Avila M, Lazcano-Ponce EC, de Ruiz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *Int J Epidemiol* 1998; 27(3):370-6.

- 16 Ferency A. Management of patients with high grade squamous intraepithelial lesions. *Cancer* 1995; 76(10 Suppl):1928-33.
- 17 Hernandez-Pena P, Lazcano-Ponce EC, Alonso-de Ruiz P, Cruz-Valdez A, Meneses-Gonzalez F, Hernandez-Avila M. [Cost-benefit analysis of the Program for Early Screening of Cervico- uterine Cancer]. *Salud Publica Mex* 1997; 39(4):379-87.
- 18 Miller AB, Lindsay J, Hill GB. Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. *Int J Cancer* 1976; 17(5):602-12.
- 19 Walton R. Cervical cancer screening programs. IV. Relations between screening programs for carcinoma of the cervix and other screening and preventive programs in Canada. *Can Med Assoc J* 1976; 114(11):1031-33.
- 20 Walton R. Cervical cancer screening programs. III. Components of a practical screening program for carcinoma of the cervix. *Can Med Assoc J* 1976; 114(11):1027-31.
- 21 Walton R. Cervical cancer screening programs. I. Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix. *Can Med Assoc J* 1976; 114(11):1003-12.
- 22 Brasil, Ministério da Saúde. Controle do câncer do colo uterino: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. *Manual Controle do Câncer do Colo do Útero* 2001.
- 23 Brenna SM, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. [Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer]. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):909-914.

- 24 Eluf-Neto J, Booth M, Munoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. *Br J Cancer* 1994; 69(1):114-119.
- 25 Eluf-Neto J, Nascimento CM. Cervical cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001; 28(2):188-197.
- 26 Dietz J, Prolla JC, Pohlmann PR, Loss JF, Da Costa LA, Daudt AW et al. [Mortality from uterine cervix cancer in Rio Grande do Sul]. *Rev Assoc Med Bras* 1993; 39(3):146-50.
- 27 Dias da Costa JS, D'Elia PB, Manzolli P, Moreira MR. [Cytopathological test coverage in the city of Pelotas, Brazil]. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 3(5):308-13.
- 28 Buller D, Modiano MR, Guernsey de Zapien J, Meister J, Saltzman S, Hunsaker F. Predictors of cervical cancer screening in Mexican American women of reproductive age. *J Health Care Poor Underserved* 1998; 9(1):76-95.
- 29 Calle EE, Flanders WD, Thun MJ, Martin LM. Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women. *Am J Public Health* 1993; 83(1):53-60.
- 30 Guest C, Griffith E, Lewis SY, Moulding N. Epidemiology and detection of cervical cancer. Implementing the national screening policy. *Aust Fam Physician* 1996; 25(11):1722-30.
- 31 Lobell M, Bay RC, Rhoads KV, Keske B. Barriers to cancer screening in Mexican-American women. *Mayo Clin Proc* 1998; 73(4):301-8.

- 32 Ayres JR, I F-J. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de AIDS. *Sexualidade Pelo Avesso: Identidades e Poder; Barbosa RM, Parker R (orgs) IMS/UERJ* 1999;50-72.
- 33 Chavez LR, Hubbell FA, Mishra SI, Valdez RB. The influence of fatalism on self-reported use of Papanicolaou smears. *Am J Prev Med* 1997; 13(6):418-24.
- 34 Hubbell FA, Chavez LR, Mishra SI, Valdez RB. Beliefs about sexual behavior and other predictors of Papanicolaou smear screening among Latinas and Anglo women. *Arch Intern Med* 1996; 156(20):2353-8.
- 35 Olinto MT, Olinto BA. [Race and inequality among women: an example in southern Brazil]. *Cad Saude Publica* 2000; 16(4):1137-42.
- 36 Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, Alonso de Ruiz P, Casares-Queralt S, Martinez-Leon CJ et al. [The factors that determine participation in cervical cancer screening in the state of Morelos]. *Salud Publica Mex* 1999; 41(4):278-85.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, através dos 11 mestrandos da turma 2001/2002, realizou um estudo transversal de base populacional na população urbana da cidade de Pelotas, RS.

A pesquisa foi realizada em consórcio entre os mestrandos, ou seja, eram investigadas algumas questões gerais de interesse geral e cada mestrando incluía, ainda, suas questões específicas no questionário. Além do instrumento, toda a investigação foi conduzida em grupo, desde o planejamento, execução e encerramento do trabalho de campo.

Além dos assuntos de interesse dos mestrandos, foram acrescentadas algumas questões elaboradas pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Pelotas.

Este documento relata detalhadamente todas as atividades desenvolvidas nesta investigação.

2.QUESTIONÁRIOS (EM ANEXO)

Conforme explicado acima, o questionário utilizado englobava questões gerais, questões de interesse comum, algumas questões de interesse da Secretaria Municipal de Saúde e as questões específicas de cada mestrando. O questionário tinha, no total, 178 questões divididas em três blocos:

Bloco A: respondido apenas por um morador do domicílio (preferencialmente a dona de casa), contendo questões socioeconômicas e algumas variáveis de interesse da Secretaria Municipal de Saúde.

Bloco B: respondido individualmente por todos os moradores do domicílio elegível para o estudo, englobando variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde.

Bloco C: auto-aplicado por todos os sujeitos elegíveis para o bloco B. Pelo fato de conter questões íntimas, optou-se pela auto-aplicação deste bloco.

3. MANUAL DE INSTRUÇÕES (EM ANEXO)

Paralelamente à confecção do questionário, foi elaborado um manual de instruções com o intuito de auxiliar as entrevistadoras no trabalho de campo. O manual abordava inicialmente algumas considerações gerais sobre entrevistas domiciliares, cuidados e métodos ideais de abordagem, reversão de recusas, entre outros.

Além disso, o manual apresentava explicações de codificações e instruções específicas para cada uma das 178 questões. Estas explicações (com exemplos incluídos) visavam resolver situações inesperadas no decorrer das entrevistas.

4. PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O processo de amostragem utilizado para a investigação incluiu dois estágios principais. As unidades amostrais primárias foram os setores censitários. Para selecioná-los, listou-se os 281 setores urbanos do município, classificando-os, posteriormente, em quatro estratos, de acordo com a escolaridade média dos chefes de família. Para cada estrato, conforme o seu tamanho, conduziu-se um sorteio sistemático de um número proporcional de setores, totalizando os 80 setores censitários necessários para se obter a amostra calculada.

O segundo estágio consistiu da seleção dos domicílios a serem incluídos na amostra. Para tal, em cada setor sorteado, se fez uma contagem dos domicílios e classificação quanto ao status de ocupação (residência, comércio ou desabitada). De posse da listagem de domicílios elegíveis (exclusão dos desabitados e puramente comerciais), sorteou-se sistematicamente 20 domicílios de cada setor para compor a amostra, chegando-se a um total de 1600 domicílios e uma previsão inicial de 3360 pessoas elegíveis para a amostra (com 20 anos de idade ou mais).

5. RECONHECIMENTO DOS SETORES CENSITÁRIOS

Para a realização do segundo estágio do processo de amostragem (seleção dos domicílios), tornou-se necessário fazer um reconhecimento de cada setor sorteado, pois os dados disponíveis eram referentes à contagem populacional de 1996 do IBGE e, portanto, provavelmente desatualizados.

Para esta tarefa foram contratados 11 indivíduos com ensino médio completo, os quais participaram de um treinamento para a contagem e identificação dos domicílios de cada setor e classificação do status de ocupação das residências.

De posse da listagem de domicílios elegíveis em cada setor (excluindo-se os desabitados ou puramente comerciais), determinou-se o pulo a ser utilizado no sorteio sistemático de domicílios, com vistas a totalizar 20 domicílios em cada setor incluído na amostra.

Além disto, este processo facilitou o trabalho das entrevistadoras, que sabiam, antecipadamente, quais as residências deveriam visitar e retirou destas a incumbência de realizar os sorteios para selecionar a amostra, o que poderia acarretar viés de seleção.

6. SELEÇÃO DE ENTREVISTADORAS

As definições metodológicas do trabalho de campo a ser desenvolvido permitiram estabelecer o número de entrevistadoras a serem treinadas e, destas, a quantidade a ser aprovada. A idéia inicial foi treinar 55 entrevistadoras e iniciar a coleta de dados com 33 destas. As demais ficariam como suplentes.

A divulgação da seleção foi realizada no jornal Diário Popular (jornal de maior circulação da cidade) e através de cartazes colados em locais estratégicos. Além destas formas, procuraram-se candidatas por contato com pesquisadores que realizaram estudos nos últimos anos.

As interessadas deveriam entregar currículo resumido no Diário Popular ou na secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Esta divulgação culminou na entrega de 423 currículos resumidos. Este número excessivo de candidatas motivou um processo de seleção em múltiplos estágios, conforme roteiro abaixo:

6.1 Análise dos currículos resumidos

Nesta fase, os critérios analisados foram: a) cumprir todos os critérios obrigatórios (segundo grau completo, sexo feminino e disponibilidade de 40 horas

semanais, incluindo finais de semana); b) apresentação do currículo; c) letra da candidata (para currículos preenchidos a mão).

Nesta primeira seleção, o número de excluídas foi de 95, sendo 328 candidatas aprovadas para a fase seguinte do processo de seleção.

6.2 Preenchimento de ficha de inscrição

As candidatas aprovadas na primeira fase foram contatadas e convidadas a preencherem uma ficha de inscrição, na secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Foram analisados, nesta fase, os seguintes critérios: a) letra legível; b) carga horária disponível; c) atenção.

Ao final desta fase, 195 candidatas foram aprovadas, sendo 133 eliminadas.

6.3 Entrevistas individuais

O passo seguinte foi convocar as aprovadas nas fases anteriores, para entrevistas individuais. Estas entrevistas foram realizadas no Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Na entrevista, foram

avaliados os seguintes critérios: a) apresentação; b) expressão; c) comunicação; d) tempo disponível para o trabalho; e) motivação; f) interesse financeiro.

Ao final desta fase, foram selecionadas as 59 aprovadas para o treinamento, sendo 136 candidatas eliminadas nesta fase.

6.4 Etapa final da seleção

O último passo da seleção foi o treinamento das entrevistadoras. Ao final do treinamento (40 horas), foi aplicada uma prova teórica sobre os conteúdos abordados no mesmo. Nesta prova teórica, 45 entrevistadoras foram selecionadas para a última etapa do processo de seleção (prova prática). No dia seguinte, as 45 selecionadas realizaram entrevistas domiciliares, sob supervisão. A avaliação das entrevistadoras foi feita pelos mestrandos.

Ao final do processo, 33 entrevistadoras foram selecionadas para o trabalho de campo e 12 entrevistadoras foram selecionadas para suplentes, em caso de desistências ou demissões.

7. TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

As 59 entrevistadoras aprovadas nas primeiras etapas do processo de seleção foram submetidas a treinamento de 40 horas. O treinamento foi realizado no período de 18 a 22 de Fevereiro de 2002, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

O roteiro do treinamento seguiu a ordem abaixo:

7.1 Apresentação geral do consórcio de pesquisas

Neste primeiro momento, foram feitas as apresentações entre os mestrandos, coordenadora geral do consórcio e as candidatas a entrevistadoras participantes do treinamento. Posteriormente, foi dada uma aula introdutória com os seguintes tópicos:

- histórico resumido do Centro de Pesquisas Epidemiológicas/UFPEL
- pessoal envolvido com a pesquisa
- breve descrição da pesquisa (consórcio)
- esclarecimentos sobre remuneração
- exigências de carga horária
- situações comuns no trabalho de campo
- postura básica da entrevistadora
- aspectos específicos de ser entrevistadora

- explicação de porque elas desconheceriam os objetivos do estudo

7.2 Leitura dos questionários do consórcio

Esta segunda etapa teve como objetivo exclusivo familiarizar as candidatas com o instrumento de coleta de dados da pesquisa. Nesta fase, não foram esclarecidas dúvidas.

7.3 Leitura explicativa do manual de instruções

Nesta etapa, cada mestrando foi responsável pela leitura explicativa da sua parte específica do manual de instruções, sendo as dúvidas esclarecidas neste momento.

7.4 Dramatizações

Nesta fase, foram feitos ensaios de aplicação do questionários de diversas formas: a) mestrandos entrevistando candidatas; b) candidatas entrevistando mestrandos; c) candidatas entrevistando outras candidatas, sob supervisão.

7.5 Prova teórica

No penúltimo dia de treinamento, as candidatas foram submetidas a uma prova teórica sobre os conteúdos desenvolvidos durante a semana. As 45 melhores classificadas seguiram no processo, enquanto as 14 restantes foram desclassificadas.

7.6 Prova prática

O último dia do treinamento consistiu de entrevistas domiciliares sob supervisão, realizadas pelas candidatas. As candidatas foram avaliadas por mestrandos, os quais atribuíram uma nota para cada entrevistadora, determinando a classificação final.

8. ESTUDO PRÉ-PILOTO

Logo após a união dos questionários específicos de cada mestrando em um instrumento único, realizou-se um estudo pré-piloto para uma primeira testagem do questionário e refinamento das perguntas. Para tal trabalho, foi realizado um treinamento entre os mestrandos que haviam realizado as entrevistas, onde cada um explicou a sua parte específica do questionário.

Para este estudo, foram escolhidos dois setores censitários de nível socioeconômico médio/baixo, não incluídos na amostra final. Os setores foram divididos

em quarteirões e cada mestrando ficou responsável por dez entrevistas. Ao final deste estudo, 116 entrevistas foram realizadas e várias adaptações feitas no questionário.

Para garantir uma amostra que satisfizesse os interesses de todos os pesquisadores, optou-se por uma sobre-representação de idosos e mulheres neste estudo.

9. ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi conduzido como parte final do processo de seleção e treinamento das entrevistadoras. A partir da escolha de um setor censitário, que não faria parte da amostra, cada mestrando foi a campo com um grupo de candidatas e as avaliou durante entrevistas completas. Foram entrevistadas 122 pessoas. Assim como no estudo pré-piloto, optou-se por uma sobre-representação de mulheres e idosos no estudo piloto.

10. LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

10.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período entre 25/02 e 10/05/2002. Houve divulgação sobre a realização da pesquisa através de meios de comunicação, como jornal, rádio e televisão. Foram visitados 20 domicílios pré-definidos pelo trabalho dos

auxiliares de pesquisa (batedores), em cada um dos 80 setores censitários selecionados para o trabalho.

As entrevistadoras se apresentavam em cada domicílio portando uma carta de apresentação, assinada pelo coordenador do centro de pesquisas, crachá e cópia da reportagem publicada no jornal, veiculado na cidade de Pelotas (Diário Popular).

Além disto, levavam todo material necessário para a execução do seu trabalho.

Foram orientadas a manter uma média de 5 domicílios por semana e a codificarem os questionários no final do dia. Foi programada uma reunião semanal de cada entrevistadora com seu supervisor, conforme escala de plantão previamente definida. Nesta reunião, eram abordadas dúvidas na codificação de variáveis, nas respostas ao questionário e na logística do estudo; reforçado o uso do manual de instruções e adendos dos manuais sempre que necessário; controle de planilha de conglomerado e domiciliar; verificação do seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa; reposição do material utilizado. As atividades do consórcio de pesquisa foram centralizadas em uma sala exclusivamente destinada para tal, onde era armazenado todo o material destinado à pesquisa, assim como os questionários recebidos. Durante todo o período de trabalho de campo, foram realizadas reuniões semanais com o grupo de entrevistadoras. Estas reuniões tinham a finalidade de conferir a produção semanal de entrevistas, esclarecer dúvidas relacionadas à metodologia e logística do estudo, estabelecendo-se uma projeção do andamento do trabalho de campo (número de

domicílios completos, parciais, contatados, perdas e recusas). Uma escala de plantão de finais de semana foi elaborada, para que as entrevistadoras pudessem dispor de um supervisor para a resolução de problemas mais urgentes. A coordenação geral da pesquisa reuniu-se, semanalmente, com os supervisores, até o término do trabalho de campo, a fim de conhecer o andamento do estudo e de estabelecer metas para o prosseguimento do mesmo.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os moradores de cada domicílio, com idade igual ou superior a 20 anos.

10.2 Controle de qualidade

A qualidade dos dados coletados foi assegurada por um conjunto de medidas, adotadas previamente ao trabalho de campo e durante a realização do mesmo. Desde o início, com os cuidados na seleção e treinamento das entrevistadoras, na preparação e pré-testagem (pré-piloto) dos questionários padronizados, na elaboração dos manuais detalhados, com instruções para as entrevistadoras, até o treinamento intensivo, a realização de estudo piloto e o acompanhamento permanente dos supervisores durante o trabalho de campo, tudo foi cuidadosa e criteriosamente organizado, buscando-se, dessa forma, alcançar os resultados esperados.

10.3 Controle de qualidade das entrevistas.

Foram adotados critérios para reentrevistas que incluíam a utilização de um questionário padronizado, simplificado, para 10% das pessoas entrevistadas. Estas reentrevistas foram realizadas pelo supervisor do campo, responsável pela área onde morava a família entrevistada, no menor tempo possível, não excedendo os 7 dias.

Cada mestrando, de acordo com as suas perguntas, inseridas no questionário completo, introduzia uma pergunta-chave no questionário simplificado para posterior teste kappa, conforme tabela abaixo:

Tabela do coeficiente de concordância kappa, entre as perguntas realizadas pelas entrevistadoras e pelos supervisores de campo.

Var.	Concordância esperada	Concordância observada	kappa	EP

10.4 Codificação e entrega dos questionários

A entrega dos questionários completos foi feita semanalmente, juntamente com a ficha da família e do conglomerado, conforme agendado com o supervisor de campo, sendo realizada, no mesmo momento, uma conferência da codificação realizada pela entrevistadora. Estas foram instruídas a realizar a codificação em suas residências, após

cada dia de trabalho, em local apropriado no questionário, colocado numa coluna à direita. As perguntas abertas foram codificadas pelos supervisores responsáveis pelas questões.

As dúvidas e dificuldades encontradas pelas entrevistadoras em campo eram supervisionadas pelos mestrandos, que tinham plantão fixo diário e alternado em fins de semana. Também ocorreram reuniões semanais com as entrevistadoras e todos os mestrandos, seguidas de uma reunião dos mestrandos com o professor supervisor do campo, onde se esclareciam as dúvidas e questões burocráticas surgidas durante o andamento do projeto e atinentes ao bom andamento da pesquisa.

10.5 Digitação e processamento dos dados

A digitação ocorreu concomitante ao desenrolar do trabalho de campo, tendo sido realizada dupla digitação, por diferentes digitadores, através do programa Epi-info 6.04 e do utilitário CHECK para limpeza dos dados.

A partir da experiência dos consórcios anteriores, onde um dos motivos de demora na liberação do banco de dados para a avaliação foi a verificação das inconsistências posteriores à digitação dos dados, foi criado um programa de verificação de inconsistências, baseado no arquivo tipo “do” (executável), presente no pacote estatístico Stata 6.0. À medida que os bancos gerados no Epi-info, após dupla digitação,

eram transformados em bancos “dta”, o programa de inconsistência era rodado e as inconsistências verificadas eram corrigidas, com busca nos questionários. Além da rapidez na liberação dos bancos, verificamos que, em raras oportunidades, quando o questionário não era suficiente para resolver as inconsistências verificadas, o retorno ao domicílio pelo supervisor era facilitado pelo pouco tempo decorrido desde a entrevista.

11. PERDAS E RECUSAS

Foram considerados como perdas/recusas os casos em que, após pelo menos 3 visitas da entrevistadora e uma visita do supervisor de campo (mestrando), não foi possível completar o questionário.

As razões das perdas e recusas foram principalmente: sujeito não se encontrar em casa na ocasião das visitas, alegação de falta de tempo para responder ao questionário e recusa clássica (sujeitos que se negaram a responder por opção pessoal). Além disso, pessoas elegíveis, mas que no momento se encontravam impossibilitadas de responder, (viagem, doença, etc.) foram consideradas perdas.

A porcentagem final de perdas e recusas do consórcio foi de 5,7% e a porcentagem de exclusões foi de 1,1%. Dentre as perdas e recusas, 58,4% foi de homens, 37,9% de mulheres e para 3,7% não se conseguiu tal informação. A maioria das perdas e recusas da pesquisa ocorreu nos setores mais próximos ao centro da cidade.

As exclusões se caracterizaram por sujeitos não elegíveis para a pesquisa, de acordo com os critérios pré-estabelecidos – doentes mentais e portadores de problemas físicos graves.

12. PADRONIZAÇÃO DOS DADOS

Realizou-se um fechamento dos dados comuns aos mestrandos através de uma padronização de informações.

13. CRONOGRAMA DA PESQUISA

ATIVIDADE	2001				S-D	2002				
	J	J	A	S-D		J	F	M	A	M
Confecção do questionário	X	X	X		G					
Confecção do manual de instrução	X	X	X							
Processo de amostragem				X	R					
Reconhecimento dos setores sorteados						X				
Seleção das entrevistadoras						X	X			
Treinamento							X			
Pré-piloto						X				
Piloto							X			
Coleta de dados								X	X	X
Digitação								X	X	X
Análise de inconsistências								X	X	X
Controle de qualidade								X	X	X
Padronização dos dados										X

14. MODIFICAÇÕES REALIZADAS NO PROJETO DE PESQUISA ORIGINAL

Depois da defesa do projeto de pesquisa, algumas modificações foram realizadas no trabalho.

Ao título original, foi acrescentado a expressão “FOCO e COBERTURA”, pois com o andamento do projeto, verificou-se que estes dados seriam relevantes dentro dos possíveis resultados da pesquisa de campo.

O cálculo da amostra foi revisto em função de que a definição da população a ser estudada ocorreu após a conclusão do projeto de pesquisa.

Na introdução do projeto de pesquisa foi acrescentado, antes da justificativa, o subitem 1.1 “Delimitação do Problema/Tema de Pesquisa”.

ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

**Cobertura e Foco do Programa de Prevenção de Câncer do Colo Uterino em Pelotas,
Brasil.**

Autores

Carlos Alberto Temes de Quadros (Quadros C)

César Gomes Victora (Victora CG)

Juvenal Soares Dias da Costa (Dias da Costa JS)

Revista a ser enviado

Pan American Journal of Public Health

Instituição

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Pelotas – Av. Duque de Caxias, 250. 3^º piso. CEP: 96030-000.

Pelotas, RS, Brasil. Cx. P. 464. Fone: + 55-53-2712645. Fax + 55-53-271-2645

Contato

Carlos Quadros.

Alameda Alípio César, 80. CEP 91340-310 Porto Alegre. RS, Brasil.

Fone: + 55-51-33289232 Fax: + 55-51-33289232.

E-mail: cquadros@via-rs.net

RESUMO

Objetivo: Determinar a cobertura e o foco da prevenção do câncer do colo do útero, em uma amostra de base populacional no Brasil.

Método: Pesquisa transversal, realizada com 1730 mulheres com 20 ou mais anos de idade e história de atividade sexual. Coletou-se informação sobre variáveis sociais, demográficas, comportamentais, conhecimento e uso do teste.

Resultados: Entre mulheres de 25 a 59 anos, encontrou-se que 78,7% tinham realizado o exame pelo menos uma vez e, 68,8%, nos últimos três anos. O foco do programa também foi estudado: de 637 mulheres que realizaram o exame no último ano, somente 20,6% precisavam tê-lo realizado - as restantes estavam fora do intervalo ou da faixa etária. Os níveis de cobertura, nos últimos três anos, foram mais baixos entre as mulheres não brancas (58,3%), pobres (35,7%) e entre aquelas de maior risco para o câncer do colo (37,7% para mulheres com três ou mais fatores de risco). O foco esteve inversamente associado ao nível socioeconômico. Das mulheres que consultaram o ginecologista no último ano, 16,3% não realizaram o exame.

Conclusões: Os percentuais de cobertura encontrados são similares aos de outros estudos nacionais, mas este é o primeiro estudo de avaliação do foco do programa nacional, mostrando que 8 em cada 10 exames não eram necessários. Os níveis de cobertura permanecem inaceitavelmente baixos entre as mulheres de baixo nível socioeconômico e naquelas de maior risco para o câncer do colo uterino.

Palavras-chave: Esfregaço de papanicolaou, esfregaço vaginal, exame físico, estudos transversais, epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To determine the coverage and focus of cervical screening (Pap smears) in a population-based sample in Brazil.

Methods: Cross-sectional cluster survey covering 1730 women aged 20 years or older with a history of sexual activity. Information was collected on social, demographic and behavioral variables, knowledge and use of cervical screening.

Results: Of women aged 25-59 years, who are the target population of the national screening program, 78.7% had carried out the exam at least once, and 68.8% in the last three years. The focus of the program was also studied: of the 637 women who reported attending screening in the last year, only 20.6% actually required an examination – the remainder were either outside the age range or had had another examination less than 30 months previously. Coverage levels in the past three years were lowest among black (58.3%) and low-income women (35.7%), and among those at greater risk for cervical cancer (37.7% for women with three or more risk factors). Focus was inversely related to socioeconomic status. Of women who were seen by a gynecologist in the last year, 16.3% did not have an exam.

Conclusion: Coverage rates are similar to those reported in national studies, but this is the first report of the focus of the national program, showing that 8 in each 10 exams were not necessary. Coverage levels remain unacceptably low among women of low socioeconomic status and those at greatest risk of cervical cancer.

Key words: Papanicolaou smears, vaginal smears, physical examination, cross-sectional studies, epidemiology

INTRODUÇÃO

O câncer invasivo do colo uterino ocupa o segundo lugar na incidência de neoplasias malignas em mulheres em todo o mundo. Em 2000, tinha-se uma estimativa de 468.000 casos novos e 233.000 mortes, o que representava, aproximadamente, 10% da incidência e 10% da mortalidade por câncer, em mulheres. Sua distribuição é desigual, com maior incidência e mortalidade ocorrendo nas regiões menos desenvolvidas. A mortalidade representa cerca de 50% da incidência (1,2). No Brasil, o câncer do colo do útero apresenta altas taxas de morbimortalidade, em virtude de o diagnóstico e a procura pelo atendimento serem feitos, geralmente, em estágios avançados (3). Séries históricas brasileiras mostram o coeficiente de mortalidade por esta patologia com tendência ascendente: em 1979, a taxa de mortalidade ajustada para idade era de 3,4 por 100.000; em 1999 era de 4,7 por 100.000 (4,5). Esta tendência não parece ser devida apenas à melhoria na notificação de casos, mas a um real aumento da mortalidade (6). A história natural do câncer do colo uterino apresenta, como uma de suas características, a evolução lenta das lesões precursoras, que podem ser diagnosticadas e tratadas precocemente (7-9). O exame de citologia exfoliativa do colo uterino, capaz de detectar as lesões que precedem o câncer, foi apresentado ao meio médico pelo pesquisador George Papanicolaou, em 1941 (10). A história natural conhecida, a existência de teste adequado, a possibilidade de tratamento eficaz e economicamente viável preenchem os critérios para a prevenção desta patologia, através de técnica de triagem (11).

A partir da introdução do exame de citologia exfoliativa do colo uterino em programas de triagem organizados em vários países, ficou evidenciada a efetividade desta técnica, com

uma redução de 70% tanto na incidência quanto na mortalidade (12,13). As baixas incidências observadas em países desenvolvidos, com taxas padronizadas menores que 14 por 100.000 mulheres, são atribuídas ao uso de programas organizados de triagem para esta patologia.

Os programas organizados são caracterizados por uma coordenação e coleta de dados centralizados, por uma população alvo definida, chamamento individual das pacientes, com busca ativa das mulheres que não atenderam à primeira chamada e intervalos de realização do exame bem definidos. Muito se tem debatido em relação aos custos e benefícios de um programa deste porte, a maior parte dos estudos concordando que os benefícios advindos desta política de saúde justificam a sua implantação (14,15). No Brasil, o Programa Nacional de Prevenção do Câncer de Colo de Útero recomenda a realização de exames a cada três anos, após a realização de dois exames negativos consecutivos na faixa etária de 25 a 59 anos.

Diferentes delineamentos de estudos observacionais evidenciam a efetividade desses programas organizados. Estudos ecológicos mostram a efetividade de programas de triagem, como a experiência do Canadá, na província da British Columbia, onde se atingiu uma cobertura de 80% da população alvo e houve uma redução na incidência e na mortalidade em mais de 70% (16-19).

Na Finlândia, cujo registro de câncer existe desde 1953, o programa de triagem em massa iniciou no princípio dos anos 60. Estudo de casos e controles, realizado entre 1987 e 1994 (20), mostrou que mulheres submetidas à triagem organizada apresentaram uma razão de odds de 0,38 para carcinoma invasivo. Para triagem espontânea, a razão de odds foi igual a

0,82, sem significância estatística. Esses resultados são compatíveis com a tendência secular observada naquele país, onde a incidência de câncer do colo uterino caiu de 15,4 por 100.000 mulheres-ano, em 1960, para somente 2,7 em 1991. A mortalidade diminuiu na mesma proporção, desde o início do programa: em 1960, o coeficiente de mortalidade era de 6,6 e, em 1991, 1,4 por 100.000 mulheres-ano (21-25).

Estudo de coorte realizado na Dinamarca associa uma menor incidência de câncer do colo ao maior número de testes realizados (26).

A reduzida eficiência e efetividade dos programas de prevenção do câncer do colo uterino tem sido atribuída à baixa cobertura populacional e à má qualidade dos serviços prestados. No estado do Rio Grande do Sul, Brasil, as tendências temporais no câncer de colo uterino seguem o padrão nacional descrito acima, com um aumento gradual na mortalidade (27), sugerindo deficiências na prevenção.

Este estudo objetivou apresentar os resultados de um estudo transversal, de base populacional, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, para identificar a cobertura, o foco (proporção de exames necessários entre o total de exames realizados) e os determinantes da participação das mulheres no programa de prevenção do câncer do colo uterino. Pretende-se que os resultados possam fornecer informações úteis na planificação de estratégias de políticas públicas, que permitam aumentar a cobertura nas mulheres com risco para esta patologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, que possui, aproximadamente, 320.000 habitantes, dos quais 93,2% residem na área urbana. A população elegível para o estudo foi a população feminina, urbana, com 20 ou mais anos de idade, com história de atividade sexual.

O presente estudo investigou o conhecimento, a cobertura, o foco e as variáveis preditoras da participação no Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino (PPCCU), adequado à Norma Técnica do Ministério da Saúde. Assim, investigou-se o conhecimento sobre o exame e sua periodicidade, a realização do exame alguma vez na vida e o tempo decorrido desde o último e o penúltimo exame. Os cálculos de cobertura utilizaram dois denominadores distintos: todas as mulheres elegíveis e aquelas que relataram conhecer o exame. O foco (28) do programa representa a proporção, entre todos os exames realizados, dos exames que efetivamente eram necessários em função da idade da mulher e do período decorrido desde o último exame.

As análises de determinantes da cobertura foram realizadas com toda a amostra, pressupondo que aquelas que não conhecem o exame não o teriam realizado. Estudo mexicano encontrou, entre as mulheres que não conheciam o exame, uma prevalência de 97,2% de não realização do teste, quando uma investigação mais detalhada foi realizada (29).

Para estimar uma prevalência de 35% de não realização do exame, com erro aceitável de quatro pontos percentuais, incluindo uma margem de não resposta de 10% e efeito de delineamento estimado em 2,0, chegou-se a uma amostra de 1201 indivíduos. Os cálculos para estudar a associação entre os desfechos em estudo e as variáveis explanatórias foram

realizados para uma prevalência de exposição de 30%, razão de prevalências de 1,5, estimativa de não realização do exame entre os não expostos de 27%, efeito de delineamento de 2,0 e acréscimo de 10% para não respostas e 15% para fatores de confusão, chegando a um total de 1144 mulheres, com poder igual a 80%. Para uma prevalência de exposição de 20%, a menor razão de prevalência detectável com 1200 mulheres seria igual a 1,6 e, para uma exposição afetando 10% das mulheres, seria possível detectar uma razão de prevalências de 1,8 com esse tamanho de amostra.

Este trabalho fez parte de um consórcio de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Primeiramente, todos os 281 setores censitários (unidades amostrais primárias) da zona urbana do município foram listados e estratificados em quatro grupos, de acordo com a escolaridade média dos chefes de família. Para cada estrato, foi realizado um sorteio sistemático de setores, proporcional ao seu tamanho. Todos os domicílios de cada setor sorteado foram listados, sendo conduzido um sorteio sistemático para definir os domicílios a serem visitados. Nestes, todos os moradores com 20 anos de idade ou mais foram incluídos na amostra.

O controle de qualidade das entrevistas foi realizado aleatoriamente em 10% da amostra, através de um questionário reduzido, com perguntas chaves e aplicado pelo próprio pesquisador. Foi testada a repetibilidade da questão sobre o número de partos vaginais, resultando em uma estatística kappa igual a 0,923. Não foi possível calcular o valor kappa

para a pergunta sobre conhecimento do exame citopatológico, pois a entrevista inicial poderia afetar o grau de conhecimento.

A análise inicial descreveu a amostra em relação à realização do exame, ao conhecimento do mesmo e de sua periodicidade, relacionadas com as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Logo após, foi conduzida uma análise bruta, com cálculos de prevalência dos desfechos conforme as categorias das variáveis independentes. A análise ajustada foi realizada para o desfecho “não realização do exame nos últimos três anos”, através da regressão de Poisson. Segundo a Norma Técnica do MS, nas mulheres de 25 a 59 anos, após dois exames normais num intervalo de dois anos, o intervalo passaria a ser trienal (6). Com o objetivo de realizar uma análise conservadora, considerou-se como adequado o intervalo de 31 até 42 meses. Todas as análises levaram em consideração a estratégia amostral por conglomerados. Os efeitos de delineamento devidos à amostragem por conglomerados, para os desfechos em estudo, foram iguais a 2,1 para a não realização do exame nos últimos três meses; 2,3, para a não realização do exame durante toda a vida e 2,4 para o não conhecimento do exame.

A análise multivariada foi realizada através de regressão de Poisson (procedimento svy poisson, opção variância robusta, STATA versão 7.0), uma vez que, devido aos altos níveis de cobertura, as razões de odds estimadas através de regressão logística superestimam as razões de prevalências.

A análise foi conduzida com base em um modelo conceitual de análise (30), dividido em três níveis de determinação. O nível mais distal incluiu duas cadeias causais distintas: as

variáveis idade (em anos completos) e cor de pele (branca ou parda/negra, observada pelo entrevistador) como parte da cadeia causal principal, e a variável menopausa (sim ou não) como parte de uma segunda cadeia, por não influenciar os outros determinantes, nem ser influenciada por eles. O nível intermediário foi composto pelas variáveis escolaridade (em anos completos com aprovação), nível social (31) (em níveis A-E), renda familiar (em salários mínimos no último mês) e situação conjugal (casada ou em união consensual, solteira, separada ou viúva). O nível proximal incluiu as variáveis fumo (fumante atual, ex-fumante, não fumante), número de partos vaginais, número de parceiros sexuais na vida, idade da primeira relação, consultas médicas com clínico e ginecologista no último ano e local da consulta. A análise realizada ajusta o efeito de cada preditor para as variáveis da mesma camada ou de camadas superiores no modelo conceitual.

Para avaliar a associação entre o risco de câncer e a realização do exame preventivo foi construída uma variável indicadora do número de fatores de risco para câncer do colo uterino, calculada a partir da presença de alguns fatores reconhecidamente de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino (24,32,33): idade de início da atividade sexual inferior a 14 anos; 4 ou mais parceiros sexuais na vida; 4 ou mais partos vaginais; escolaridade inferior a 5 anos e tabagismo, com o objetivo de verificar se haveria uma relação direta entre o número de fatores de risco presentes e a realização do exame.

O protocolo do estudo foi aprovado pela comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e o sigilo dos dados individuais foi mantido. Foi solicitado apenas o consentimento verbal das entrevistadas, antes da realização das entrevistas, pois o projeto foi

classificado como de risco mínimo. Um folheto explicando a importância do exame citopatológico foi distribuído a todas as participantes.

RESULTADOS

Nas 1600 casas sorteadas, havia 3409 pessoas de ambos os sexos maiores de 19 anos, sendo 3372 pessoas elegíveis para o estudo, ocorrendo 1,1% de exclusões (pessoas incapazes de responder ao questionário). Das 1880 mulheres com 20 anos ou mais, não foi possível entrevistar 72 (3,8%). A amostra final foi composta de 1730 mulheres, que tinham ou já haviam tido relação sexual, das quais 1198 estavam na faixa etária de 25 a 59 anos, constituindo a população alvo do PPCCU. A análise descritiva mostra que 83,0% das mulheres eram brancas e 10,4% recebiam menos do que um salário mínimo. Em relação à escolaridade, 4,9% nunca freqüentaram escola e 17,0% o fizeram por 12 ou mais anos. Quanto ao estado civil, 67,3% eram casadas, 14,0% solteiras, 13,0% separadas e 5,8% eram viúvas.

Entre as 1730 mulheres com 20 anos ou mais, 79,4% referiram conhecimento do exame citopatológico, mas apenas 0,2% informavam ser a periodicidade recomendada de três em três anos. Das 1198 mulheres de 25 a 59 anos, 86% referiram conhecer o procedimento e, destas, apenas 0,3% responderam que a periodicidade recomendada era de três em três anos (Tabela 1).

Entre todas as mulheres de 20 ou mais anos, 70,6% relataram haver realizado o procedimento pelo menos uma vez na vida e 60,5% informaram ter realizado o teste nos

últimos 3 anos. Na faixa etária de 25-59 anos, 78,7% relataram haver realizado o teste pelo menos uma vez na vida e 68,8% o realizaram há menos de três anos.

Quando a análise foi restrita às condecoradas do exame, o percentual de mulheres de 20 anos ou mais que o realizaram na vida foi igual a 88,9% e, nos últimos três anos, de 76,3%, enquanto que no grupo de 25 a 59 anos, as coberturas foram de 91,5% na vida e de 80,1% nos últimos três anos.

Entre as 1221 mulheres com 20 ou mais anos, que realizaram o exame na vida, 52,2% o realizaram no último ano. Destas, 84,5% observaram um intervalo menor que 31 meses em relação ao exame anterior; 8,0%, um intervalo maior que 30 meses e 7,5% o realizaram pela primeira vez. No grupo de 943 mulheres com 25 a 59 anos que haviam realizado o exame na vida, 54,3% o realizaram no último ano e destas, 85,5% haviam feito o exame anterior há menos de 31 meses; 8,4%, com intervalo maior do que 30 meses, sendo que 6,1% o realizaram pela primeira vez (Tabela 1).

A análise das 637 mulheres que haviam realizado o procedimento no último ano permitiu estimar o foco do programa, isto é, o percentual, entre estas mulheres que efetivamente necessitava, ser examinado naquele ano. As mulheres que não necessitavam haver realizado o exame no último ano incluíram:

- a) 125 mulheres com menos de 25 anos ou mais de 59 anos que estavam fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde;

b) 438 estavam repetindo o procedimento até 30 meses desde o exame anterior. Entre essas, deve-se excluir cerca de 6% (26 mulheres) que, por inadequação da amostra celular coletada ou presença de alterações, necessitariam repetir o exame, conforme recomenda a literatura(34). É também necessário excluir as mulheres que haveriam realizado seu primeiro exame na vida há 12-23 meses, para as quais um segundo exame estaria recomendado. Como 31 mulheres haviam realizado o primeiro exame na vida nos últimos 12 meses, estimou-se que o mesmo número o haveria feito no ano precedente e, portanto, necessitariam de repetição. Portanto, das 438 mulheres acima, 381 efetivamente não teriam necessidade do exame. Portanto, das 637 mulheres com exame no último ano, 125 não o necessitavam pelo critério etário e 381 exames foram desnecessários devido à existência de exame anterior há menos de 30 meses. Isto resulta em 131 mulheres, ou 20,6%, que efetivamente necessitavam do exame. Esta estatística corresponde ao foco do exame.

A tabela 2 mostra o foco conforme o nível social da ABIPEME, evidenciando que cerca de 90% dos exames realizados por mulheres nos níveis A e B foram desnecessários. O foco foi analisado separadamente para usuárias do SUS e de serviços privados, sendo igual a 23,8% e 18,1%, respectivamente.

A tabela 3 mostra a descrição da amostra das 1198 mulheres entre 25-59 anos e as prevalências dos desfechos por categoria da variável explanatória. Foi realizada análise bivariada em relação ao não conhecimento do exame, a nunca haver realizado o exame na

vida e à não realização nos últimos três anos (Tabela 3). Uma vez que os resultados foram muito similares para estes três desfechos, os mesmos serão comentados conjuntamente.

Houve associações inversas, estatisticamente significativas, com o nível social (ABIPEME), o nível de renda familiar e a escolaridade. A forte associação observada com o nível social persistiu quando a análise foi restrita a mulheres que consultaram com ginecologista no último ano. Para as classes A e B, apenas 8,4% destas não realizaram exame citopatológico no triênio, sendo que para as classes C, D e E os percentuais foram iguais a 21,3%, 29,7% e 40,6%, respectivamente.

As mulheres de cor não branca apresentavam uma probabilidade maior de desconhecimento e de não realização. Isto ocorreu apesar de mulheres brancas e não brancas haverem consultado com ginecologista em igual proporção no último ano (64,2% e 64,7%, respectivamente). Entre as mulheres que consultaram com ginecologista na rede privada, 72,6% das brancas e 57,5% das não brancas ($P=0,005$) haviam realizado o exame, enquanto que no SUS estes percentuais foram de 57,9% e 49,7%, respectivamente ($P=0,05$).

Quanto à idade, verificou-se que os menores percentuais de desconhecimento e de não realização do exame se situaram entre as faixas etárias de 35 e 54 anos. As viúvas tenderam a apresentar maiores prevalências de não realização (estatisticamente significativas) e de desconhecimento, mas esta última associação não foi significativa (Tabela 3).

Foram encontradas diferenças significativas nas variáveis relativas à utilização de serviços de saúde. Assim, as mulheres que consultaram com clínico ou com ginecologista nos

doze meses antes da entrevista manifestaram maior percentual de conhecimento e de realização do exame (Tabela 3). As mulheres cuja última consulta com ginecologista foi realizada em serviço privado ou de convênio também apresentaram maior percentual de conhecimento e realização do teste (Tabela 3). Quando esta última análise foi restrita às que consultaram no último ano, os percentuais de não realização de exame no triênio foram de 10,5% para o setor privado e 21,9% para o previdenciário.

No estudo das variáveis comportamentais e biológicas, vinculadas à história sexual, observou-se que a menopausa não apresentou associação significativa com os desfechos estudados. O desconhecimento e não realização do exame foram mais freqüentes entre mulheres com quatro ou mais partos e as que iniciaram atividade sexual precocemente. Aquelas com menos de quatro parceiros na vida apresentaram menor conhecimento do exame mas não houve associação significativa com a realização.

O número de fatores de risco para o câncer do colo uterino esteve diretamente associado ao desconhecimento e não realização do exame (Tabela 3).

Foi realizada a análise multivariada para o desfecho principal - não realização do exame nos últimos três anos - através da regressão de Poisson. Foram mantidas no nível 1 do modelo as variáveis idade e cor da pele. No segundo nível os efeitos perduraram para a classificação de nível social da ABIPEME. No terceiro nível foram mantidos os resultados significativos para consultas com médico clínico e contatos com especialista em ginecologia (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Apesar de o exame citopatológico do colo uterino representar uma ferramenta efetiva na detecção precoce do câncer do colo do útero, permanecem dúvidas sobre se sua utilização por mulheres brasileiras estaria sendo adequada. A baixa disponibilidade de dados epidemiológicos impede a avaliação da cobertura populacional, já que dados de produção de serviços (número de citologias realizadas) não permitem avaliar esta cobertura, pois um grupo pequeno de mulheres pode estar realizando o exame repetidamente. Daí, a necessidade de estudos transversais, de base populacional, que permitam avaliar e monitorar a implementação de políticas públicas nesta área. A facilidade em se obter amostra probabilística, a rapidez e objetividade na coleta de dados são outras vantagens a serem consideradas. Dentre as estratégias metodológicas do presente estudo, 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 (35) (dados não mostrados).

Os dados encontrados no presente estudo mostram um alto percentual de desconhecimento do exame e de sua periodicidade, na faixa etária da população alvo (14% e 0,3% respectivamente), o que aponta falhas no programa estabelecido, em suas etapas iniciais de esclarecimento e informação. Estudo realizado em São Paulo, em hospital especializado no atendimento ginecológico, revelou que 63% das mulheres com câncer invasivo do colo uterino tinham conhecimento inadequado (36).

Os dados relativos à realização do exame mostraram que 78,7 % das mulheres de 25 a 59 anos o realizaram pelo menos uma vez na vida e, 68,8%, nos últimos três anos. Portanto, a meta de atingir uma cobertura de 80%, preconizada pelo PPCCU, não foi atingida.

Comparando com dados da literatura nacional observa-se que, em inquérito populacional, realizado pelo INCA em 1995, encontrava-se uma cobertura de 64% nas que fizeram pelo menos uma vez na vida, variando, conforme a condição do município, entre 79% nas capitais até 56% no interior (37). Em São Paulo, estudo com amostra aleatória de base populacional realizado em 1987, mostrou 69% de realização uma vez na vida e 60,8% nos últimos 3 anos (38). Outro estudo, de caso-controle, realizado em São Paulo, em 1991, mostrou que 67% dos controles relatavam realização do teste pelo menos uma vez na vida (39). Dados oriundos de estudo anterior, realizado em 1992, com a mesma metodologia, em mulheres de 20 a 69 anos, na mesma cidade da presente pesquisa, mostraram uma cobertura de 65% nos últimos três anos (40).

A realização de exames espaçados em muitas mulheres é capaz de produzir um maior impacto epidemiológico do que a sua repetição freqüente em grupos restritos (41). O espaçamento entre os exames negativos representa um menor custo, sem perda do benefício e uma maior oportunidade de acesso a outras mulheres. Para efeito de organização de um programa efetivo, o número de exames que cada mulher deve fazer durante sua vida é muito importante, considerando o custo-efetividade (42).

Um aspecto inovador do presente estudo foi o cálculo do desperdício de recursos através da repetição desnecessária de exames, expresso pelo foco do programa. Apenas 20,6% dos exames realizados no último ano foram efetivamente necessários e o desperdício foi maior entre os níveis sociais mais elevados. O número de exames realizados na amostra estudada nos últimos 12 meses – 637 – corresponde a mais da metade do número de mulheres da população

alvo do programa – 1198. Para realizar um exame a cada três anos em cada mulher, seriam necessários cerca de 450 exames anuais, já computando a necessidade de repetição do primeiro exame na vida e de exames suspeitos. Portanto, o número de exames sendo atualmente realizados em Pelotas seria mais do que suficiente para atingir 100% da população, dentro de um programa adequadamente organizado. Este achado revela iniquidade da assistência, desperdício de recursos e falta de base epidemiológica na tomada de decisões no contexto do sistema local de saúde.

Os dados obtidos na literatura chamam a atenção para três planos de relações de desigualdades sociais na utilização dos serviços de saúde: classe social, raça/etnia e gênero (29,43). Os presentes achados mais uma vez confirmam as desigualdades sociais na cobertura de programas de saúde no Brasil. Um resultado instigante foi o fato de que mulheres não brancas, apesar de consultarem ginecologistas em igual proporção às brancas, apresentaram cobertura significativamente menor, tanto para aquelas que consultaram no SUS quanto em clínicas privadas. Isto sugere a possibilidade de que alguns profissionais médicos estariam discriminando contra as mulheres pardas ou negras, hipótese que deve ser investigada em outros estudos.

Conseguiu-se identificar, em relação à idade, que o maior percentual de realização e conhecimento situa-se na faixa dos 35 aos 44 anos, o que também é concordante com os achados nos estudos já citados. A alta prevalência de desconhecimento (18,1%) e de não realização (39,2%) nos últimos três anos, encontrados na faixa de 25-29 anos, chama a atenção na medida que 75% destas mulheres consultaram com o ginecologista uma ou mais

vezes no último ano. Por outro lado, o grupo de mulheres na faixa dos 55-59 anos, também apresentando uma alta prevalência de desconhecimento (20,6%) e não realização do exame nos últimos três anos (38,1%), apresenta uma diminuição de consultas ao ginecologista no último ano (61,1%), mas uma elevada freqüência de consultas ao médico clínico (80,7%) (dados não mostrados).

A consulta médica aumenta a chance de conhecer e realizar o exame: tanto as consultas com especialista, como com clínico geral no último ano favoreceram o conhecimento e a realização do exame. Por outro lado, cerca de 30% das mulheres que consultaram com clínico no último ano e 16% daquelas que consultaram com ginecologista não realizaram exame no último triênio, evidenciando inúmeras oportunidades perdidas para a prevenção. A freqüência de oportunidades perdidas foi substancialmente maior entre mulheres negras e pobres que, mesmo consultando com ginecologista, não foram examinadas. A probabilidade de não haver feito o exame foi duas vezes maior (21,9%) entre as que consultaram ginecologista do SUS no último ano do que entre as usuárias de serviços privados (10,5%), evidenciando, pelo menos nessa área, a pior qualidade do serviço público. Por outro lado, o foco foi bastante similar entre usuárias de serviços privados (18,1%) e previdenciários (23,8%), mostrando que ambos os serviços são ineficientes.

O conhecimento das características da população estudada é importante na identificação de grupos mais vulneráveis para o câncer do colo uterino, permitindo uma melhor alocação de recursos e investindo em alcançar alta cobertura nos sub-grupos de maior risco. Os resultados brutos, mostrados na Tabela 3, revelaram que as mulheres com maior número de fatores de

risco para câncer cervical apresentaram menores níveis de cobertura. Esta variável perdeu a significância quando ajustada para nível social, caracterizando-se como marcador de risco, mas não como determinante da não realização. De qualquer forma, as mulheres que mais precisariam do exame são aquelas que menos o realizaram, evidenciando mais uma vez a conhecida “lei do cuidado inverso” enunciada por Hart (44): a disponibilidade de atenção médica é inversamente proporcional à necessidade. Em estudo realizado no México, a população de maior risco também apresentou os menores níveis de cobertura (45).

A prevenção do câncer do colo uterino não pode ser tratada como ação pontual, a ser desenvolvida apenas para aquelas mulheres que procuram os serviços médicos espontaneamente. Esta atitude tem levado grupos de mulheres, exageradamente sensibilizadas por campanhas de mobilização, a procurar reiteradamente os serviços que prestam tal atendimento, sobrecarregando o sistema. A procura de exames desnecessários, por outro lado, tem encontrado receptividade nos serviços, tanto privados como públicos – o que é evidenciado pelo fato de 80% dos exames serem desnecessários em ambos os setores. Pode-se especular sobre as razões para esta ineficiência – no setor privado, onde o profissional é reembolsado pela paciente ou pelo seguro-saúde para cada procedimento realizado, existe um óbvio incentivo financeiro para o desperdício (46). Já no setor público, os mecanismos financeiros não operam – uma possível explicação seria a dificuldade política de recusar exame preventivo a quem o procura e o incentivo indiscriminado ao exame através de campanhas de massa – a última das quais foi realizada concomitantemente com a pesquisa de campo.

Isto dificulta, em grande parte, o acesso das mulheres incluídas dentro da população alvo aos serviços de saúde e, por isso mesmo, aquelas que mais necessitam acabam por ter menos chances de realizar o exame. Deve a prevenção do câncer do colo uterino estar inserida na política de atenção integral à saúde da mulher, disponível no cotidiano das unidades sanitárias, de modo que a população conheça o exame e tenha acesso fácil e permanente ao mesmo. Assim, campanhas de massa como a realizada no Brasil no período de março-abril de 2002 não seriam a melhor estratégia para alcançar a população.

Referências bibliográficas

1. Parkin DM. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. VII. *IARC Sci Publ* 1997;143.:45-173.
2. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001; 37 Suppl 8.:S4-66.
3. Abrão FS. Periodicidade e faixa etária na visão do Hospital A. C. Camargo. *Rev Bras Cancerol* 1989;351/2.:36-7.
4. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde, Coordenadoria de Informações em Saúde. *Sistema de informações em mortalidade. SIM 2000*. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde; 2002.
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer-INCA. *Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil*. 2002. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, *Controle do câncer do colo uterino: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Barron BA, Richart RM. A statistical model of the natural history of cervical carcinoma based on a prospective study of 557 cases. *J Natl Cancer Inst* 1968; 416.:1343-53.
8. Barron BA, Cahill MC, Richart RM. A statistical model of the natural history of cervical neoplastic disease: the duration of carcinoma in situ. *Gynecol Oncol* 1978; 62.:196-205.
9. Hakama M, West R. Cervical cancer in Finland and South Wales: implications of end results data on the natural history. *J Epidemiol Community Health* 1980; 341.:14-8.
10. Papanicolaou G, Traut H. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1941; 422.:211-223.

11. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968; 654.:281-393.
12. Aareleid T, Pukkala E, Thomson H, Hakama M. Cervical cancer incidence and mortality trends in Finland and Estonia: a screened vs. an unscreened population. *Eur J Cancer* 1993; 5:745-9.
13. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; 18544.:1247-9.
14. Hakama M. Potential contribution of screening to cancer mortality reduction. *Cancer Detect Prev* 1993; 174-5.:513-20.
15. Hakama M, Louhivuori K. A screening programme for cervical cancer that worked. *Cancer Surv* 1988; 73.:403-16.
16. Walton R. Cervical cancer screening programs. IV. Relations between screening programs for carcinoma of the cervix and other screening and preventive programs in Canada. *Can Med Assoc J* 1976; 11411.:1031-33.
17. Walton R. Cervical cancer screening programs. III. Components of a practical screening program for carcinoma of the cervix. *Can Med Assoc J* 1976; 11411.:1027-31.
18. Walton R. Cervical cancer screening programs. II. Screening for carcinoma of the cervix. *Can Med Assoc J* 1976; 11411.:1013-26.
19. Walton R. Cervical cancer screening programs. I. Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix. *Can Med Assoc J* 1976; 11411.:1003-12.
20. Nieminen P, Kallio M, Anttila A, Hakama M. Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. *Int J Cancer* 1999; 831.:55-8.
21. Day NE, Hakama M. Cervical cancer screening. *Lancet* 1987; 28563.:860-1.
22. Hakama M, Chamberlain J, Day NE, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *Br J Cancer* 1985;524.:669-73.

23. Hakama M, Penttinen J. Epidemiological evidence for two components of cervical cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 883.:209-14.
24. Hakama M. Cervical cancer: risk groups for screening. *IARC Sci Publ* 1986; 76:213-9.
25. Nieminen P, Kallio M, Hakama M. The effect of mass screening on incidence and mortality of squamous and adenocarcinoma of cervix uteri. *Obstet Gynecol* 1995; 856.:1017-21.
26. Lynge E, Poll P. Incidence of cervical cancer following negative smear. A cohort study from Maribo County, Denmark. *Am J Epidemiol* 1986; 1243.:345-352.
27. Dietz J, Prolla JC, Pohlmann PR, Loss JF, Da Costa LA, Daudt AW et al. Mortality from uterine cervix cancer in Rio Grande do Sul. *Rev Assoc Med Bras* 1993; 393.:146-50.
28. Mason JB, Habicht JP, Tabatabai H, Valverde V. *Nutritional surveillance*. World Health Organization. Geneva.1984.
29. Lazcano-Ponce EC, Najera-Aguilar P, Buiatti E, Alonso-de-Ruiz P, Kuri P, Cantoral L et al. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control* 1997; 85.:698-704.
30. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 261.:224-227.
31. ANEP. Associação Nacional de Empresas; *Critérios de classificação econômica no Brasil*; 1996.
32. Hewitt M, et al. Papanicolaou test use among reproductive-age women at high risk for cervical cancer:analyses of the 1995 national survey of family growth. *Am J Public Health* 2002; 924.:666-669.
33. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, Alonso de Ruiz P, Casares-Queralt S, Martinez-Leon CJ et al. The factors that determine

- participation in cervical cancer screening in the state of Morelos. *Salud Publica Mex* 1999; 414.:278-85.
34. Obwegeser JH, Brack S. Does liquid-based technology really improve detection of cervical neoplasia? A prospective, randomized trial comparing the ThinPrep Pap Test with the conventional Pap Test, including follow-up of HSIL cases. *Acta Cytol* 2001; 455.:709-714.
 35. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2001.
 36. Brenna SM, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer. *Cad Saude Publica* 2001; 174.:909-914.
 37. Lopes ER, Rebelo MS, Abreu Ed, Silva VLdC, Eisenberg ALA, Lavor MF. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino / Behavior of feminine brazilian population in relation to cervico-uterine cancer. *J Bras Ginecol* 1995; 10511/12.:505-15.
 38. Nascimento CMR, Eluf-Neto J. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. *Rev Panam Salud Publica* 1996; 1216.:491-501.
 39. Eluf-Neto J, Booth M, Munoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. *Br J Cancer* 1994; 691.:114-119.
 40. Dias da Costa JS, D'Elia PB, Manzolli P, Moreira MR. Cytopathological test coverage in the city of Pelotas, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 35.:308-13.
 41. Moss S. Bases epidemiológicas para avaliação de diferentes programas de screening / Epidemiologic bases to evaluation of different screening programs . *Rev Bras Cancerol* 1989; 351/2.:55-8.

42. Espinosa HR. Periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Cancerol* 1989; 351/2.:49-54.
43. Olinto MT, Olinto BA. Race and inequality among women: an example in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2000; 164.:1137-42.
44. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 17696.:405-412.
45. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, de Ruiz PA, Martinez-Leon CJ, Casares-Queralt S et al. The positive experience of screening quality among users of a cervical cancer detection center. *Arch Med Res* 2002; 332.:186-192.
46. Mello CG. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo:CEBES-HUCITEC; 1977.

Tabela 1- Distribuição das mulheres conforme o conhecimento e a realização do exame citopatológico

Variáveis	Mulheres de 20 ou mais anos (n=1730)		Mulheres de 25-59 anos (n=1198)	
	%	Número	%	Número
Conhecimento do exame^a				
Sim	79,4	1374	86,0	1030
Não	20,6	356	14,0	168
Conhecimento da periodicidade do exame^b				
Não sabe	7,4	102	5,0	51
Mais de uma vez ao ano	24,8	341	24,7	255
Uma vez ao ano	66,4	912	68,6	707
A cada dois anos	1,2	16	1,4	14
A cada três anos	0,2	3	0,3	3
Realização do exame na vida^a				
Sim	70,6	1221	78,7	943
Não	29,4	509	21,3	255
Realização do exame na vida^b				
Sim	88,9	1221	91,5	943
Não	11,1	153	8,5	87
Período de realização do último exame^a				
< 12 meses	36,8	637	42,7	512
12-23 meses	16,1	278	17,4	208
24-35 meses	7,7	133	8,8	105
≥ 36 meses	10,0	173	9,8	118
Nunca realizaram	29,4	509	21,3	255
Intervalo entre o penúltimo teste e o último há <12 meses^c				
≤ 30 meses	84,5	538	85,5	438
31-42 meses	3,1	20	3,1	16
> 42 meses ou apenas um exame na vida	4,9	31	5,3	27
Primeiro exame na vida	7,5	48	6,1	31

Denominadores:

a- Todas as mulheres na faixa etária descrita

b- Mulheres que relataram conhecer o exame

c- Mulheres que realizaram o exame há <12 meses

Tabela 2- Cálculo do foco do programa de prevenção do câncer do colo do útero baseado nos exames realizados no último ano, conforme nível social

Nível social ABIPEME	Exames último ano	Idade 25-59	Fora de faixa etária	Exame anterior ≤ 30 m	Primeiro exame na vida	6% repetição	Exames des- necessários	Exames necessários	Foco %
A/B	222	185	37	173	3	10	160	25	11,4
C	254	201	53	167	12	10	145	56	22,1
D	146	119	27	95	14	6	75	44	29,9
E	13	6	7	2	2	0	0	6	47,1
Total	637	512	125	438	31	26	381	131	20,6

Tabela 3 – Distribuição das mulheres de 25-59 anos conforme variáveis sócio-demográficas, comportamentais e reprodutivas, e associações com a prevalência de conhecimento e realização do exame citopatológico

Variável	Número de mulheres ^a	Prevalência de desconhecimento do exame.(%)	Prevalência de não realização do exame na vida (%)	Prevalência de não realização do exame nos últimos três anos (%)
Idade (anos)		(p=0,03) ^b	(p=0,03) ^b	(p<0,009) ^b
25-29	166	18,1	31,9	39,2
30-34	172	15,2	21,5	29,1
35-39	182	11,0	18,7	23,6
40-44	190	11,1	16,3	27,9
45-49	177	12,4	20,9	30,0
50-54	185	12,4	18,4	33,0
55-59	126	20,6	23,0	38,1
Cor da pele		(p<0,001) ^b	(p <0,001) ^b	(p<0,001) ^b
Branca	994	12,5	19,3	29,0
Não branca	204	21,6	30,9	41,7
Nível social ABIPEME		(p<0,001) ^c	(p <0,001) ^c	(p <0,001) ^c
A/B	294	3,1	6,8	11,9
C	500	11,6	19,0	29,2
D	359	23,7	32,6	45,4
E	42	38,1	54,8	64,3
Renda familiar(salário-mínimo)		(p<0,001) ^c	(p<0,001) ^c	(p<0,001) ^c
>6.	274	4,4	9,1	16,1
3,01 a 6,0.	298	11,4	18,8	28,9
1,01 a 3,0	423	18,7	28,1	39,7
< 1	116	30,2	38,0	50,0
Escolaridade (anos)		(p<0,001) ^c	(p<0,001) ^c	(p<0,001) ^c
12 ou mais	203	2,5	5,9	11,8
9-11	291	7,6	17,2	24,4
5-8	411	13,9	21,9	31,6
1-4	243	25,5	32,1	46,1
Nunca cursou	49	44,9	51,0	71,4
Estado civil		(p=0,2) ^b	(p<0,001) ^b	(p<0,001) ^b
Casada	806	13,8	19,2	29,0
Solteira	168	13,7	27,4	32,7
Separada	155	12,3	20,7	32,3
Viúva	69	21,7	31,9	50,7
Tabagismo		(p=0,4) ^b	(p= 0,04) ^b	(p= 0,17) ^b
Nunca fumou	633	13,6	21,2	28,6
Ex-fumante	217	12,9	16,1	30,0
Fumante - até 1 carteira ao dia	210	17,1	27,1	35,7
Fumante – mais de uma carteira ao dia	138	13,0	21,0	37,7
Total	1198 ^a	14,0	21,3	31,1

Tabela 3 (continuação)

Variável.	Número de mulheres ^a	Prevalência de desconhecimento do exame.(%)	Prevalência de não realização do exame na vida (%)	Prevalência de não realização do exame nos últimos três anos (%)
Consultas ao ginecologista no último ano		(p<0,001) ^b	(p<0,001) ^b	(p<0,001) ^b
Uma consulta ou mais	839	8,5	12,7	16,3
Nenhuma	358	27,1	41,1	65,6
Consultas ao clínico no último ano		(p<0,001) ^b	(p<0,001) ^b	(p<0,002) ^b
Uma consulta ou mais	773	11,4	18,1	27,8
Nenhuma	416	18,8	26,9	37,3
Local da última consulta ginecológica		(p<0,001) ^b	(p<0,001) ^b	(p<0,001) ^b
Particular/convênios	531	6,6	12,2	20,3
SUS	642	19,2	27,7	38,2
Menopausa		(p= 0,08) ^b	(p= 0,8) ^b	(p<0,16) ^b
Não	849	12,8	21,5	29,8
Sim	346	17,1	20,8	34,1
Partos normais		(p<0,001) ^b	(p= 0,03) ^b	(p= 0,003) ^b
<4	1059	12,9	20,3	29,6
≥ 4	138	23,2	29,0	43,5
Número de parceiros sexuais na vida		(p= 0,04) ^c	(p= 0,13) ^c	(p= 0,15) ^c
1	588	15,0	22,1	31,6
2	232	13,4	20,3	32,8
3	130	16,2	25,4	31,5
4	66	4,6	10,6	27,3
≥ 5	135	9,6	17,0	26,0
Não responderam	47	-	-	-
Idade da primeira relação sexual (anos)		(p= 0,002) ^c	(p= 0,05) ^c	(p=0,03) ^c
≥ 23	187	9,1	16,0	23,5
20-22	224	10,3	21,0	30,4
17-19	462	13,6	20,1	32,5
14-16	257	18,3	23,3	31,1
11-13	31	25,8	38,7	51,6
Não responderam	37	-	-	-
Número de fatores de risco para câncer do colo uterino^d		(p<0,001) ^c	(p<0,001) ^c	(p<0,001) ^c
0	486	9,3	16,5	23,3
1	431	14,4	21,1	32,3
2	228	19,8	27,6	38,6
≥ 3	53	30,2	39,6	62,3
Total	1198 ^a	14,0	21,3	31,1

a- Os totais de observações diferem em cada variável em função de respostas ignoradas.

b- Teste de Wald para heterogeneidade (regressão de Poisson).

c- Teste de Wald para tendência linear (regressão de Poisson).

d- Tabagismo na vida, número de partos >3, número de parceiros, escolaridade, idade da primeira relação.

Tabela 4 –Análise de regressão de Poisson múltipla das variáveis preditoras da não realização do exame citopatológico nos últimos 3 anos, ajustadas para fatores de confusão

Variável. ^a	Análise bruta. RP (IC _{95%})	p	Análise ajustada. RP (IC _{95%})	p
Nível 1				
Idade		(p=0,01) ^b		(p=0,008) ^d
25-29	1,7(1,2-2,2)		1,6(1,2-2,2)	
30-34	1,2(0,9-1,7)		1,2(0,9-1,7)	
35-39	1		1	
40-44	1,2(0,8-1,7)		1,1(0,8-1,6)	
45-49	1,3(0,9-1,8)		1,2(0,9-1,7)	
50-54	1,4(1,0-1,9)		1,4(1,0-1,9)	
55-59	1,6(1,1-2,1)		1,6(1,2-2,1)	
Cor da pele		(p<0,001) ^b		(p<0,001) ^e
Branca	1		1	
Não branca	1,4 (1,2-1,7)		1,4(1,2-1,7)	
Menopausa		(p=0,2) ^b		(p=1,0) ^k
Não	1		1	
Sim	1,1(1,0-1,4)		1,0(0,7-1,3)	
Nível 2	Nível social	(p<0,001) ^c		(p<0,001) ^f
ABIPEME				
A/B	1		1	
C	2,4 (1,7-3,5)		1,8(1,2-2,5)	
D	3,8 (2,6-5,5)		2,3(1,6-3,4)	
E	5,4 (3,5-8,4)		2,7(1,7-4,2)	
Escolaridade		(p<0,001) ^c		(p=0,001) ^g
12 ou mais	1		1	
9-11	2,1(1,4-3,1)		1,5(1,0-2,3)	
5-8	2,7(1,7-4,1)		1,7(1,1-2,6)	
1-4	3,9(2,5-6,0)		2,4(1,5-3,6)	
Nunca cursou	6,0(3,9-9,4)		3,2(2,0-5,1)	
Renda familiar		(p<0,001) ^c		(p=0,7) ^k
(salário-mínimo)				
>6,0	1		1	
3,01 a 6,0	1,8(1,3-2,5)		1,1(0,8-1,5)	
1,01 a 3,0	2,5(1,8-3,4)		1,1(0,8-1,6)	
< 1	3,1(2,2-4,5)		1,3(0,8-2,0)	
Estado civil		(p<0,001) ^b		(p=0,2) ^h
Casada	1		1	
Solteira	1,1(0,9-1,5)		1,2(0,9-1,5)	
Separada	1,1(0,9-1,4)		1,2(0,9-1,4)	
Viúva	1,7(1,4-2,3)		1,3(1,0-1,8)	

Tabela 4 –continuação

Variável. ^a	Análise bruta. RP (IC 95%)	p	Análise ajustada. RP (IC 95%)	p
Nível 3				
Consultas ao gineco no último ano		(p<0,001) ^b		(p<0,001) ⁱ
Uma ou mais	1		1	
Nenhuma	4,0(3,4-4,8)		3,5(2,9-4,2)	
Consultas ao clínico no último ano		(p=0,001) ^b		(p=0,03) ^j
Uma ou mais	1		1	
Nenhuma	1,3 (1,1-1,6)		1,2(1,0-1,4)	
Local da última consulta ginecológica		(p<0,001) ^b		(p=0,4) ^k
Particular/convênios	1		1	
SUS	1,9(1,5-2,4)		1,1(0,9-1,3)	
Número de fatores de risco para câncer do colo uterino		(p<0,001) ^c		(p=0,6) ^k
0	1		1	
1	1,4(1,1-1,7)		1,0(0,8-1,2)	
2	1,7(1,3-2,2)		0,9(0,6-1,2)	
3	2,7(2,0-3,6)		1,0(0,7-1,4)	

- a) Os totais de observações diferem em cada variável em função de respostas ignoradas
 b) Teste de Wald para heterogeneidade (regressão de Poisson)
 c) Teste de Wald para tendência linear (regressão de Poisson)
 d) ajustado para cor da pele
 e) ajustado para idade
 f) ajustado para idade, cor da pele, escolaridade e estado civil
 g) ajustado para idade, cor da pele, nível social e estado civil
 h) ajustado para idade, cor da pele, nível social e escolaridade
 i) ajustado para idade, cor da pele, nível social, escolaridade e consulta ao médico clínico
 j) ajustado para idade, cor da pele, nível social, escolaridade e consultas ao médico ginecologista
 k) excluídas do modelo por não significância estatística

ANEXOS

Press release

Mestrando: Carlos Quadros

Orientador: César Victora

Título: Prevalência e determinantes da realização do exame preventivo do câncer do colo uterino. Foco e cobertura. Pelotas, RS.

Banca: Cesar Victora (presidente), Ana Menezes (UFPEL), Sérgio Tessaro(UFPEL) e José Eluf-Neto (USP).

Sexta-Feira, 24 Janeiro, 2003

Local: Mini-Auditório da Faculdade de Medicina

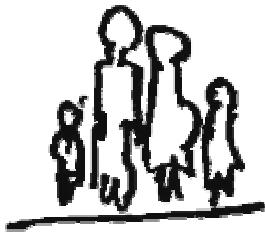
Horário: 9:00

O Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino atinge seu objetivo em Pelotas?

Foi realizada uma pesquisa, no período de fevereiro a abril de 2002, com 1198 mulheres residentes na zona urbana de Pelotas, em idade entre 25-60 anos, que constitui a população alvo do Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino. Embora o percentual de realização do exame encontrado, 68,8% nos últimos três anos, esteja próximo daquele conhecido em outras cidades brasileiras, constatou-se que 14,0 % delas não conheciam o exame e que 21,3% nunca o tinham realizado na vida.

Foram avaliados os exames realizados no último ano anterior à pesquisa, constatando-se que apenas 21,0% dos exames estavam sendo realizados em mulheres dentro da faixa etária adequada e com o intervalo preconizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde. Os outros 79,0% foram realizados desnecessariamente, o que evidencia uma falta de adequação do programa às necessidades da população e aos recursos disponíveis.

Outro achado importante foi o fato de que, no último ano antes da pesquisa, as mulheres pardas ou negras, embora tivessem a mesma proporção de consultas médicas especializadas, apresentaram realização significativamente menor, tanto para aquela que consultaram no SUS quanto em clínicas privadas. Os níveis de cobertura foram menores nas mulheres de baixo nível socioeconômico e naquelas de maior risco para o câncer do colo uterino. Os achados demonstram que um programa de prevenção não pode ser planejado de forma pontual, oportunística. É necessário que se efetuem programas organizados, priorizando as mulheres que nunca fizeram o exame.



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Consórcio – 2001 / 2002
Mestrado em Epidemiologia

Manual de Instruções

PELOTAS – RS – 2002

@ ÍNDICE GERAL @

➤ TELEFONES & ENDEREÇOS	03
➤ ESCALA DE PLANTÕES DOS MESTRANDOS	04
➤ ESCALA DE REUNIÕES COM SUPERVISOR DE CAMPO	06
➤ ORIENTAÇÕES GERAIS	08
# BLOCO A – ORIENTAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS #	
➤ DOMICILIAR	14
➤ ANIMAIS DOMÉSTICOS	15
➤ SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	18
➤ CLASSE SOCIAL ABIPEME / RENDA FAMILIAR	22
# BLOCO B – ORIENTAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS #	
➤ INDIVIDUAL	26
➤ SAÚDE E SENTIMENTOS	28
➤ RACIOCÍNIO E MEMÓRIA	30
➤ USO DE MEDICAMENTOS	34
➤ DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	42
➤ ATIVIDADES FÍSICAS E EXERCÍCIOS	44
➤ LOMBALGIA	51
➤ SAÚDE DA MULHER	55
➤ DOENÇAS CARDIOVASCULARES	62
# BLOCO C – ORIENTAÇÕES DO QUESTIONÁRIO #	
➤ AUTO-APLICADO	66

TELEFONES & ENDEREÇOS

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Caixa Postal: 464
Cep: 96030-000 - Pelotas, RS
Fone: (53) 271-2442
Fax: (53) 271-2645
Contato: Margarete Marques da Silva - Secretária
E-MAIL: msilva@ufpel.tche.br

# MESTRANDOS #		
NOME	TELEFONES	E - MAIL
Andréa D. Bertoldi	2258765 91062133	andreabertoldi@conex.com.br
Carlos A. T. Quadros	(51) 33400344 (51) 99815045	cquadros@via-rs.net
Fernando K. Gazalle	2291393 9810210	fgazalle@zaz.com.br
Franklin C. Barcellos	2272555 9822816	franklin@conesul.com.br
Iândora K. T. Sclowitz	2787677 9819337	ikt@conesul.com.br
Magda Regina Bernardi	2264411 9828810	mrbernardi@uol.com.br
Marcelo C. da Silva	2837226 9810166	cozzensa@zaz.com.br
Marcelo L. Sclowitz	2787677 9820682	mls@conesul.com.br
Maria Laura V. Carret	22340.62 9827276	lcarret@ig.com.br
Marlos R. Domingues	(53) 2351413 (53) 99640145	coriolis@vetorialnet.com.br
Pedro R. Curi Hallal	2229463 9888211	prchallal@terra.com.br

ESCALA DE PLANTÕES DOS MESTRANDOS

Caso você precise de mais material ou tenha qualquer problema / dúvida durante o trabalho de campo e não consiga localizar seu supervisor(a), há um plantão permanente no QG Central que funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 14h às 18h.

Aos finais de semana também há um plantão telefônico que poderá ser acessado em caso de problema / dúvida que necessite de solução imediata.

ESCALA DE PLANTÃO SEGUNDA À SEXTA-FEIRA

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Carlos Marlos Sclowitz	Carlos Marlos	Magda Laura	Andréa Laura	Pedro Fernando
TARDE	Magda Iândora Fernando	Franklin Sclowitz	Franklin M. Silva	Pedro Iândora	M. Silva Andréa

ESCALA DE PLANTÕES DE FINAL DE SEMANA

DATA	PLANTÃO	TELEFONES
2 / 3 DE MARÇO	Iândora	9819337 2787677
	M. Sclowitz	9820682 2787677
9 / 10 DE MARÇO	Carlos	051-33400344 051-99815045
	Pedro	9888211 2229463
16 / 17 DE MARÇO	Andréa	91062133 2258765
	Laura	9827276 2334062
23 / 24 DE MARÇO	Magda	9828810 2264411
	Fernando	9810210 2291393
30 / 31 DE MARÇO	M. Cozzensa	9810166 2837226
	Franklin	9822816 2272555
6 / 7 DE ABRIL	Pedro	9888211 2229463
	Andréa	91062133 2258765
13 / 14 DE ABRIL	Marlos	053-2351413 053-99640145
	Carlos	051-33400344 051-99815045
20 / 21 DE ABRIL	Laura	9827276 2334062
	Fernando	9810210 2291393

OBS: Esta escala compreende o período de duração do trabalho de campo, que inicia dia 25 de fevereiro e termina dia 26 de abril (sexta-feira) de 2002.

ESCALA DE REUNIÕES COM SUPERVISOR DE CAMPO

Cada entrevistadora deverá participar de uma reunião semanal com seu supervisor, onde deverá entregar todos os questionários completos, solicitar mais material, resolver dúvidas e problemas que tenham surgido durante a semana anterior e receber novas orientações para prosseguir com o trabalho de campo.

As reuniões semanais com o supervisor serão realizadas no QG Central, conforme a escala a seguir:

ESCALA DAS REUNIÕES SEMANAIS COM AS ENTREVISTADORAS

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ		Marlos Carlos		Andréa Laura	Pedro Fernando
TARDE	Magda Iândora	M. Sclowitz	Franklin M. Silva		

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- crachá e carteira de identidade;
- carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia;
- cópia da reportagem do jornal;
- manual de instruções;
- questionários;
- figuras do questionário sobre uso de medicamentos;
- figura do boneco (dor nas costas);
- envelopes para questionário auto-aplicável;
- lápis, borracha, apontador, cola e sacos plásticos.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo todas as pessoas com 20 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, moradores dos domicílios e setores sorteados.

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas menores de 20 anos e/ou que não residirem no domicílio sorteado como, por exemplo, empregada doméstica que não durma no emprego; ou, pessoas que estejam visitando a família no período da entrevista.

4. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

4.1. RECONHECIMENTO DO SETOR

O reconhecimento do setor foi realizado por auxiliares de pesquisa, acompanhados pelos supervisores (mestrando).

4.2. CASAS A VISITAR

- Todos os domicílios dos 80 setores sorteados foram listados. Posteriormente, foram sorteados 20 domicílios por setor. A partir deste sorteio, foram elaboradas listagens de cada setor com seus respectivos domicílios sorteados para o trabalho de campo. Cada entrevistadora receberá do seu supervisor, a listagem com os setores e domicílios sorteados para a realização das entrevistas. Também será fornecido pelo supervisor o material necessário para a aplicação dos questionários, como lápis, borracha, apontador, etc.
- Quando chegar na frente da casa a ser visitada, a entrevistadora deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-la. Se necessário, bater palmas e/ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Em situações em que o morador esteja ausente no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos qual o melhor horário para encontrá-lo em casa. Assim, a entrevistadora deverá voltar outro dia para nova tentativa.

- Muito cuidado com os **CÃES**. Às vezes, eles **MORDEM!**
- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que o entrevistado não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento, entre outros. Nesses casos sempre lembrar de anotar na planilha do domicílio, sendo que não haverá substituições.
- Casas onde moram apenas estudantes devem ser consideradas como famílias e o chefe destas será aquele que receber a maior renda ou mesada.

4.3. FOLHA DE CONGLOMERADO

Exemplo:

Número	Endereço	Completo	Observações
01	Rua 2, 34		
02	Rua 2, 40		
03	Rua 3, 5		
04	Rua 3, 12		
21	Rua 3, 12 - DOMÉSTICA		
05	Rua 5, 42		
06	Rua 5, 54		
07	Rua 8, 36		

- Cada setor deverá ter a sua **FOLHA DE CONGLOMERADO**, a qual deve ser preenchida durante o trabalho de campo. Nessa planilha deverá constar o número do setor, nome da entrevistadora e do supervisor.
- Nas casas sorteadas onde tiver empregado(a) doméstico(a) que mora no emprego, este(a) deve ser considerado(a) uma outra família e deve ficar registrado(a) na folha de conglomerado, na linha seguinte ao da casa do(a) patrão(oa), identificando-se como doméstico(a). A numeração dos(as) domésticos(as) irá iniciar a partir do número 21, uma vez que o número máximo de famílias em cada setor é 20, tornando-se fácil identificar o número de domésticos(as) por setor.
- Coluna “completo”: marcar com X nos domicílios em que todos os moradores já foram entrevistados.
- O espaço de observações pode ser utilizado para anotar datas e horários agendados para retorno.

4.4. PLANILHA DO DOMICÍLIO

- A planilha do domicílio deve ser preenchida após o consentimento para realizar a entrevista no domicílio sorteado.
- Antes de iniciar cada questionário, marque com um círculo as pessoas da família que devem participar da pesquisa.
- A coluna da idade deverá ser preenchida em “anos completos”. Quando houver pessoas menores de 20 anos, colocar “zero”.
- Ao final da entrevista, marque com X sobre os círculos feitos anteriormente, em todas as pessoas que já responderam ao questionário.

- Colocar um R (= recusa) dentro do círculo correspondente quando uma pessoa se recusar a participar.

Exemplo:

Nº DA PESSOA	NOME DA PESSOA	IDADE (ANOS)	COMPLETO
1	Maria Silva	40	—
2	João Silva	42	<u>X</u> —
3	Ana Silva	20	—
4	José Silva	zero	--

- **LEMBRE-SE:** Empregado(a) doméstico(a) que mora no emprego deve ser considerado outra família e, portanto será necessário preencher outra planilha do domicílio para o mesmo endereço, assim como deverão ser aplicados os questionários domiciliar e individual para o empregado(a).

4.5. APRESENTAÇÃO DA ENTREVISTADORA AO INFORMANTE

- Procure apresentar-se de uma forma **SIMPLES, LIMPA** e **SEM EXAGEROS**. Tenha **BOM SENSO NO VESTIR**. Protetor solar pode ser útil. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio.
- **NUNCA ESQUECER:** Seja sempre **GENTIL** e **EDUCADA**, pois as pessoas não tem obrigação em recebê-la.
- Sempre porte seu crachá de identificação, se necessário apresente sua carta de apresentação e a cópia da reportagem no jornal, ou ainda forneça o número do telefone do Centro de Pesquisas para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações. Seja **PACIENTE** para um mínimo de perdas e recusas.
- Ao chegar no domicílio, solicitar para conversar com a “dona da casa” ou responsável pela família. Atente que o termo “dona da casa” refere-se à mulher responsável pela família e não a proprietária do imóvel. Quando não houver nenhum responsável na casa (por exemplo: somente a empregada ou crianças estiverem na casa), tentar agendar dia e hora para voltar e realizar a entrevista.
- Trate o entrevistado por Sr. e Sra., sempre com respeito.
- Explicar que você é da Universidade Federal de Pelotas e/ou da Faculdade de Medicina e que está fazendo um trabalho sobre a saúde da população da cidade de Pelotas e que o mesmo está sendo realizado em vários locais da cidade.
- Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas para as pessoas que moram na casa. Sempre salientar que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde da população, ajudando, assim, a melhorá-la”.
- Explicar que as respostas ao questionário são absolutamente sigilosas e que as informações prestadas são extremamente importantes, pois, o objetivo do estudo é beneficiar a comunidade como um todo.

4.6. RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar na folha de conglomerado. Porém, **NÃO desistir antes de duas tentativas em dias e horários diferentes**, pois, a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra casa. Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são **TEMPORÁRIAS**, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente. Possivelmente, em um outro momento a pessoa poderá responder ao questionário. Na primeira recusa, tente preencher os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc) com algum familiar.

5. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

- Os questionários devem ser preenchidos a **lápis** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas.
- Dentro de cada domicílio, os entrevistados devem ser entrevistados na seguinte ordem de prioridade: **homem adulto, domiciliar, mulher adulta e idoso**. O questionário domiciliar deve ser aplicado apenas para a “dona da casa”. Os demais questionários devem ser aplicados para todos os adultos com 20 anos ou mais.
- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o questionário, como por exemplo, surdos-mudos, idosos demenciados e etc, são considerados como **exclusões** (não fazem parte do estudo). Na planilha do domicílio, colete todas informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc) e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas e peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.
- As instruções nos questionários que não estão em **NEGRITO** servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser perguntadas para o entrevistado. As palavras em **NEGRITO** devem ser lidas para o entrevistado fazendo-se prévia pausa.
- As instruções escritas em branco que estão dentro das caixas pretas não devem ser lidas ao entrevistado.
- As alternativas de resposta **somente devem ser lidas se estiverem em negrito**.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, sendo que o que estiver escrito em ***<italico>***, **NÃO** deve ser lido. Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- **NÃO** devem ser deixadas respostas em branco, em hipótese alguma.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Caso a resposta seja “**OUTRO**”, especificar junto a questão, segundo as palavras do informante.

- O questionário auto-aplicado deve ser entregue ao entrevistado dentro de uma pasta. Explicar que independente das respostas, todas as questões devem ser respondidas (mesmo que a resposta da primeira questão seja “Não”, as próximas questões sempre terão uma opção de “Não se aplica”). Na situação em que alguém pergunte se os questionários são iguais, a resposta será: “Pelo fato desta pesquisa ser totalmente sigilosa, não posso nem ao menos lhe informar se os questionários são iguais”. Dessa forma pretende-se evitar que algum pai ache que as perguntas são inadequadas para seus filhos. A entrevistadora deverá lê-las uma a uma (com outro questionário), dando tempo para que as respostas sejam marcadas.

5.1. CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- A numeração do questionário é obtida através do número do setor, seguida pelo número da família e da pessoa. Exemplo: no questionário domiciliar: Setor nº167, Família nº 15, Pessoa nº 01 – NQUE 1 6 7 1 5 0 1. Proceder da mesma forma para todos os questionários.
- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados e para codificá-los. Para tal, utilize a coluna da direita. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor. As questões abertas (aqueles que são respondidas por extenso) **não** devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

LEMBRE-SE:

Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

- **NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88, 888, 8888 ou 88888.** Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passe um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.
- **IGNORADA (IGN) = 9, 99, 999, 9999 ou 99999.** Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorado somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- A codificação dos questionários deve ser preenchida no fim de cada dia, não devendo-se deixar para outro dia. Nesta coluna deverão ser transferidos os números marcados nas respostas ditas na entrevista.

Orientações Específicas

Bloco A - QUESTIONÁRIOS

- **Domiciliar**
- **Animais Domésticos**
- **Satisfação dos Usuários do Sistema Municipal de Saúde**
- **Classe Social Abipeme / Renda Familiar**

BLOCO A – Deve ser aplicado a apenas uma pessoa do domicílio, a “dona da casa”.

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CLASSE SOCIAL ABIPEME / RENDA FAMILIAR

Da pergunta A35 até a pergunta A38, deve-se considerar os seguintes casos para os eletrodomésticos em geral: bem alugado em caráter permanente, bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses e bem quebrado há menos de 6 meses. Não considerar os seguintes casos: bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses, bem quebrado há mais de 6 meses, bem alugado em caráter eventual, bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

FRASE INTRODUTÓRIA 1: 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 TRANQÜILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO. (Leia em voz alta e clara e passe para a questão A33).

A35. O(A) Sr.(a) tem rádio em casa?

(0) não Se sim: Quantos? __ rádios

A pergunta deverá ser feita e em caso de resposta afirmativa, tentar quantificar o número de rádios. Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

A36. Tem televisão colorida em casa?

(0) não Se sim: Quantas? __ televisões

Não considere televisão preto e branco, que conta como “0” (não), mesmo que mencionada. Se houver mais de uma TV, perguntar e descontar do total as que forem preto e branco. Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja colorida. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

A37. O(A) Sr.(a) ou sua família tem carro?

(0) não Se sim: Quantos? __ carros.

Só contam veículos de passeio, não contam veículos como táxi, vans ou pick-ups usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

A38. Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr.(a) tem em casa?

Aspirador de pó	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Máquina de lavar roupa	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Videocassete	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Geladeira	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Freezer separado ou geladeira duplex	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Considerar aspirador de pó mesmo que seja portátil ou máquina de limpar a vapor - Vaporetto. Videocassete de qualquer tipo, mesmo conjunto com a televisão, deve ser considerado.

Aparelhos de DVD não devem ser considerados.

Para geladeira, não importa modelo, tamanho, etc. Também não importa número de portas (será comentado posteriormente). Para o freezer o que importa é a presença do utensílio. Valerá como resposta “sim” se for um eletrodoméstico separado, ou uma combinação com a geladeira (duplex, com freezer no lugar do congelador).

A39. Quantos banheiros tem em casa?

(0) nenhum ____ banheiros.

Todos os banheiros (presença de vaso sanitário com encanamento) que estejam dentro da área domiciliar serão computados, mesmo os de empregada e lavabos.

A40. O Sr.(Sra.) tem empregada doméstica em casa?

(0) nenhuma Se sim: Quantas? ____ empregadas.

Dependendo da “aparência do entrevistado”, fica melhor a pergunta “Quem faz o serviço doméstico em sua casa?”. Caso responda que não é feita pelos familiares (geralmente esposa e/ou filhas, noras), ou seja, existe uma pessoa paga para realizar tal tarefa, perguntar se funciona como mensalista ou não (pelo menos 5 dias por semana, dormindo ou não no emprego). Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

A41. Qual o último ano de estudo do chefe da família ?

(0) Nenhum ou primário incompleto

(1) Até a 4^a 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

A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado, geralmente se considerando o esposo ou, na falta deste, o filho mais velho. Deve ser considerado o último ano completado, não cursado.

A42. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) (OBSERVAR A ORDEM DAS PESSOAS NA PLANILHA DE DOMICÍLIO)

Pessoa 1: R\$ _____ por mês

Pessoa 2: R\$ _____ por mês

Pessoa 3: R\$ _____ por mês

Pessoa 4: R\$ _____ por mês

Pessoa 5: R\$ _____ por mês

(99999) IGN - não respondeu

Pergunte quais as pessoas da casa que receberam salário ou aposentadoria no mês passado. Enumere cada pessoa. A resposta deverá ser anotada em reais. Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários, no final dessa pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana ou salário/quinzenal especifique ao invés de calcular por mês. Se mais de cinco pessoas contribuírem com salário ou aposentadoria para a renda familiar anote os valores ao lado e, posteriormente some todas as rendas que restarem e marque o valor total na pessoa cinco. Caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso geralmente resulta em erro. Não esqueça que a renda se refere ao mês anterior. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada a mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quanto ganha por biscoite e quantos dias trabalhou neste último mês para obter a renda total. Para os autônomos, como proprietários de armazéns e motoristas de táxi, considerar a renda líquida e não a renda bruta. Já para os empregados deve-se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a pessoa trabalhou no último mês como

safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.

A43. A família tem outra fonte de renda (aluguel, pensão, etc.) que não foi citada acima?

(0) não (1) sim → **Quanto? R\$ _____ por mês**

Esta pergunta refere-se a outras fontes de renda constantes que a família tenha, através de uma ou mais pessoas de sua casa, também referente ao mês anterior.

A44. Qual sua idade?

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre documento e idade real, completar com a idade real informada pela pessoa. Se o(a) entrevistado(a) souber apenas o ano, considere o mês como 6 e o dia como 15. Exemplo: 15/06/1967. Não realizar o cálculo da idade durante a entrevista, evite cometer erros.

A45. Sexo:

Apenas observe e anote.

Orientações Específicas

Bloco B - QUESTIONÁRIOS

- **Individual**
- **Saúde Mental e Sentimentos**
- **Raciocínio e Memória**
- **Doação de Órgãos**
- **Uso de Medicações**
- **Atividades Físicas e Exercícios**
- **Lombalgia**
- **Saúde da Mulher**
- **Doenças Cardiovasculares**

BLOCO B – Deve ser aplicado a todas as pessoas do domicílio de acordo com faixa etária e sexo, conforme orientações específicas do questionário.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

NQUE _____

Data da entrevista ____ / ____ / ____ Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

Horário de início da entrevista ____ h: ____ min. Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista.

Entrevistadora _____ Completar com seu nome completo.

B1. Qual é o seu nome?

Anotar o nome completo do entrevistado.

B2. Qual é a sua idade?

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre documento e idade real, completar com a idade real informada pela pessoa. Se o(a) entrevistado(a) souber apenas o ano, considere o mês como 6 e o dia como 15. Exemplo: 15/06/1967. Não realizar o cálculo da idade durante a entrevista, evite cometer erros.

B3. Cor da pele:

Apenas observe e anote.

B4. Sexo:

Apenas observe e anote.

B5. O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?

(0) não → Pule para a pergunta B7

(1) sim

(2) só assina → Pule para a pergunta B7

(9) IGN

Marque a alternativa correta, se “não” ou “só assina”, pule para a pergunta B7.

B6. Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

Anotação: _____

(Codificar após encerrar o questionário)

Anos completos de estudo: ____ anos

Anotar o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça este dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para calcular e codificar depois.

B7. O(a) Sr.(a) pratica alguma religião?

(0) não → Pule para a pergunta B9

(1) sim

Marque a resposta. No caso da resposta ser “não”, pule para pergunta B9. Considera-se como praticante a pessoa que freqüente rituais religiosos mesmo que eventualmente (mais do que apenas em casamentos ou batizados).

B8. Qual?

(0) católica (1) protestante (2) evangélica (3) espírita (4) afro-brasileira

(5) testemunha de Jeová (6) outra _____

Marque qual a religião. Em caso da religião do entrevistado não ser nenhuma das apresentadas, marque “outra” e escreva qual a religião no espaço ao lado.

B9. Qual a sua situação conjugal atual?

(1) casado(a) ou com companheiro(a)

(2) solteiro(a) ou sem companheiro(a)

(3) separado(a)

(4) viúvo(a)

Marque a resposta do entrevistado(a). Se o(a) entrevistado(a) não entender a expressão “situação conjugal”, pergunte sobre o estado civil atual.

B10. Qual é o seu peso atual?

____ Kg (999) IGN

Será anotado o peso referido pelo entrevistado(a), isto é, o peso que ele(a) informar que possui. Caso o entrevistado informar o peso com detalhamento de gramas (exemplo: 73.6 Kg), use a lei do arredondamento – abaixo de 0.4 = para baixo; e igual ou acima de 0.5 = para cima. No exemplo, o peso anotado seria portanto 074 Kg. No caso do entrevistado não saber informar seu peso, marque a opção “IGN”.

B11. Qual é a sua altura?

____ cm (999) IGN

Será anotada a altura informada pelo(a) entrevistado(a). No caso do(a) entrevistado(a) não saber informar sua altura, tente saber uma altura aproximada, se não houver jeito do(a) entrevistado(a) responder à pergunta, marque a opção “IGN”. Não colocar números com vírgula. Por exemplo, 1,78 m = 178 cm.

B12. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?

(0) não, nunca fumou → Pule para a próxima instrução

(1) sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)

(2) já fumou mas parou de fumar há ____ anos e ____ meses

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês. Se nunca fumou, pule para a próxima instrução. Se o entrevistado responder que já fumou mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Se parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante (1). Se fuma menos de um cigarro por dia e / ou há menos de um mês, considere como não (0).

B13. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

____ anos ____ meses

Preencher com o número de anos que fuma ou fumou. Preencher com (8888) NSA em caso de ter pulado esta questão.

B14. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia?

____ cigarros

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão. Lembre-se que uma carteira (maço) contém 20 cigarros.

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE E SENTIMENTOS

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE DA MULHER

AS QUESTÕES B79 À B96 SERÃO APLICADAS APENAS PARA MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS

B79. No último ano, quantas vezes a Sra. fez consulta com médico ginecologista?

____ consultas (00) nenhuma (88) NSA (99)IGN

Apenas ler a questão e colocar o número de consultas que a entrevistada fez com o médico ginecologista no último ano.

B80. No último ano, quantas vezes a Sra. fez consulta com outros médicos?

____ consultas (00) nenhuma (88) NSA (99)IGN

Ler e colocar o número de consultas que a entrevistada realizou com outros médicos exceto com o ginecologista.

B81. Onde a Sra. consultou o ginecologista pela última vez?

(0)Posto ou ambulatório do SUS.

(1)Clínica ou consultório por convênio.

(2)Clínica ou consultório Particular.

(8)NSA.

(9)IGN

Ler a questão. Se necessário leia as alternativas. Marcar a opção respondida pela entrevistada. Convém salientar que nos interessa apenas se a consulta foi pelo SUS - Sistema Único de Saúde(gratuita), por algum convênio ou plano de saúde(mesmo que por esta modalidade o paciente tenha que pagar parte da consulta), ou se foi particular(paga integralmente). Não nos interessa muito o tipo de estabelecimento, porém, em geral os postos de saúde e ambulatórios de hospitais e faculdades atendem pelo SUS. Clínicas normalmente atendem particular e convênios, algumas atendem também pelo SUS. Consultórios atendem particular e convênios exclusivamente. Pode acontecer de alguém ser atendido gratuitamente em consultório médico, porém, considerar como atendimento particular. Assim, nunca subentender a modalidade de consulta apenas pelo nome do estabelecimento citado pelo paciente.

B82. Quantos anos a Sra. tinha quando menstruou pela primeira vez?

____ anos (77) não lembra (88)NSA (99)IGN

Ler e colocar a idade citada. Se não lembrar colocar opção 77.

B83. A Senhora já parou de menstruar?

(0)Não

(1)Sim. Se sim: **Com que idade parou de menstruar?** ____ anos

(8)NSA

(9)IGN

Ler e colocar a resposta citada. Se a resposta for (0) não, codifique a variável correspondente MENOP com zero e IDMEN com 88 (não se aplica), pois a mulher ainda menstrua. Se a resposta for (1) sim, aplicar o questionamento ao lado (**Com que idade parou de menstruar?** ____ anos) e codifique MENOP com 1 e IDMEN com a idade referida pela entrevistada.

B84. Quando foi o primeiro dia de sua última menstruação?(Cite o dia, o mês e o ano)

____ dia
____ mês
____ ano
(99) IGN
(88) NSA

Apenas ler a questão para a entrevistada. Se a Sra. não souber dia, mês e ano, colocar o item que lembrar. Os itens que não souber completar com 99. Não esqueça que o ano está com 4 dígitos

B85. A Sra. teve partos normais (pela via vaginal ou por baixo)? Quantos?

____ partos normais (00) não (88) NSA (99) IGN

Ler e completar com o número de partos normais citados pela respondente. Considerar como partos normais os partos ocorridos pela via vaginal (por baixo), mesmo que tenham apresentado complicações ou que tenha sido utilizado “fórceps” durante o parto. Ajuda saber que só existem duas vias de parto: vaginal (normal) e cesárea(cesariana), portanto, excluindo-se a cesariana, tudo que a paciente referir será parto normal. Muitas vezes o parto normal com fórceps é referido pelas mulheres como: “parto puxado a ferro”.

B86. A Sra. conhece um exame para evitar o câncer do colo do útero?

(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN

Ler e assinalar a resposta dada pela entrevistada.

SE A RESPOSTA FOR (0) NÃO, PULAR PARA QUESTÃO B92.

B87. A Senhora já fez este exame?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Ler e marcar a resposta.

SE A RESPOSTA FOR (0) NÃO, PULAR PARA QUESTÃO B91

B88. Quando a Senhora fez este exame a última vez?

Há ____ ano(s) ____ meses
(8888) NSA
(9999) IGN

Ler e completar o tempo em anos e meses. A questão quer saber há quanto tempo a entrevistada fez o exame preventivo do câncer pela última vez.

B89. Aonde a Senhora fez o exame preventivo do câncer pela última vez?

(0) Particular/convênios
(1) SUS - Secretaria da Saúde
(8) NSA
(9) IGN

Ler a questão e assinalar a escolhida pela entrevistada. Quer saber o local onde a entrevistada realizou o exame preventivo do câncer pela última vez.

B90. Quando a Senhora fez este exame a penúltima vez ?

Há ____ ano(s) ____ meses
(8888) NSA
(9999) IGN

Ler e completar o tempo em anos e meses. A questão quer saber há quanto tempo a entrevistada fez o exame preventivo do câncer pela penúltima vez.

B91. A Sra. sabe com que freqüência este exame deve ser feito?

(0) Não sei

- (1) Mais de uma vez ao ano
- (2) De ano em ano
- (3) De 2 em 2 anos
- (4) De 3 em 3 anos
- (5) Intervalos maiores
- (8) NSA
- (9) IGN

Ler e aguardar a resposta, marcando a alternativa correspondente.

B92. A Senhora tem MÃE, IRMÃS, FILHAS ou OUTROS FAMILIARES que tenham tido câncer de mama?

- | | | |
|------------------------|---------|---------|
| <i>MÃE:</i> | (0) Não | (1) Sim |
| <i>IRMÃS:</i> | (0) Não | (1) Sim |
| <i>FILHAS:</i> | (0) Não | (1) Sim |
| <i>OUTRO FAMILIAR:</i> | (0) Não | (1) Sim |
| (8) NSA | (9) IGN | |

Ler a questão. Conforme a resposta, marcar (0) "Não" ou (1) "Sim" ao lado de mãe, irmãs, filhas e outro familiar que tenha tido câncer de mama ou que esteja com a doença no momento. Neste último item da pergunta (outro familiar), devemos incluir qualquer outro familiar **consangüíneo** como pai (lembre que câncer de mama pode acometer também o sexo masculino), tias, primas, avós e outros familiares de outras gerações que tenham tido câncer de mama. Considerar familiares de ambos os lados materno e paterno, e de ambos os sexos.

B93. A Senhora examina as suas mamas em casa?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

Ler a questão e marcar a resposta. Desejamos saber se a paciente costuma examinar as mamas/seios em casa, ou seja, se realiza o auto-exame de mamas. Nesta questão, não importa a freqüência do auto-exame, apenas se realiza ou não.

SE A RESPOSTA FOR (0) NÃO, PULAR PARA QUESTÃO B95

B94. Quantas vezes a Senhora examinou suas mamas em casa nos últimos 6 meses?

- | | |
|------------------|------------------------|
| (0) Nenhuma vez | (5) Cinco vezes |
| (1) Uma vez | (6) Seis vezes |
| (2) Duas vezes | (7) Mais de seis vezes |
| (3) Três vezes | (8) NSA |
| (4) Quatro vezes | (9) IGN |

Ler a questão e marcar a alternativa respondida. Desejamos saber a freqüência com que a entrevistada examinou as suas mamas / seios em casa (auto-exame de mamas) nos últimos 6 meses. As alternativas incluem de (0) "Nenhuma" à (6) "Seis vezes", (7) "Mais de seis vezes" deve ser marcada para quem responder que examinou as mamas mais de 6 vezes nos últimos 6 meses. Algumas mulheres respondem que examinam as mamas "mais de uma vez ao mês", "sempre que tomam banho" e etc. Para estes casos marcar a alternativa (7). A alternativa (8) "NSA" deve ser usada quando responder (0) "Não" na questão B93 e (9) "IGN" quando não souber responder. Porém, este código deve ser usado apenas em último caso. Antes de usá-lo, leia as alternativas de (0) à (7) e peça que a entrevistada escolha uma resposta.

B95. Na última consulta ginecológica que a Senhora fez, o(a) doutor(a) examinou suas mamas?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

Ler a questão e marcar a resposta. Desejamos saber se na última vez que a entrevistada foi ao ginecologista para exames de prevenção, o(a) médico(a) lhe examinou / palpou as mamas. Convém saber que, usualmente, o exame de mamas pelo(a) médico(a) é realizado na consulta em que a mulher também é submetida ao exame preventivo do colo do útero, muitas vezes referido como "pré-câncer".

B96. Na última consulta ginecológica que a Senhora fez, o(a) doutor(a) lhe orientou a examinar as suas mamas em casa?

(0) *Não* (1) *Sim* (8) *NSA* (9) *IGN*

Ler a questão e marcar a resposta. Desejamos saber se durante a **última consulta ginecológica** o(a) médico(a) deu alguma informação a respeito ou estimulou de alguma forma a entrevistada a examinar as suas mamas / seios em casa (realizar o auto-exame de mamas).

SE A MULHER TIVER MAIS DE 40 ANOS → PERGUNTAS B97 À B111

SE A MULHER TIVER IDADE INFERIOR A 40 ANOS → BLOCO C (AUTO-APLICADO)

B97. A senhora já fez alguma biópsia ou cirurgia de mama? (CONSIDERAR CIRURGIAS PLÁSTICAS / ESTÉTICAS COMO (0) NÃO)

(0)N&ao (1)Sim (8)NSA (9)IGN

Ler a questão e marcar a resposta. Desejamos saber se a entrevistada alguma vez submeteu-se a alguma biópsia ou cirurgia de mama. Considerar como (1) “Sim” qualquer tipo de procedimento invasivo da mama, ou seja, qualquer procedimento médico em que a mama seja perfurada (uso de agulhas) ou cortada. Alguns destes procedimentos são: drenagem de cistos ou abcessos (“corte para sair o pus”), cirurgia para retirada de cistos, nódulos, calcificações ou outras lesões da mama. Considerar como (0) “Não” colocação de próteses ou cirurgias plásticas / estéticas. Pode ocorrer que a entrevistada diga que submeteu-se a cirurgia de redução das mamas (plástica) por estar causando problemas posturais (de coluna), porém, esta situação deverá ser considerada também como (0) “Não”. Se a paciente foi submetida à cirurgia plástica após uma cirurgia por câncer, considere como (1) “Sim”. Se a resposta for (0) “Não”, pular para questão B99.

B98. O resultado desta biópsia ou cirurgia foi benigno ou maligno?

(0) Benigno

(1) Maligno

(2) Resultado ainda não está pronto

(8) NSA

(9)IGN

Ler a questão e marcar a resposta. Desejamos saber se o resultado da biópsia foi benigno ou maligno. Considerar como sinônimos de maligno as palavras "câncer", "doença ruim". Tudo que não for câncer é benigno. Na dúvida pode ajudar perguntar se retirou toda mama, se retirou os gânglios da axila, se fez radioterapia e se fez quimioterapia, os quais normalmente só são feitos por doença maligna (câncer). Quando benigno, usualmente as pacientes referem-se ao resultado dizendo que "não era nada de mais" ou "nada grave".

B99. Depois que a Sra. completou 40 anos de idade, o que a Sra. fez para evitar a gravidez?

Usou pílula anticoncepcional (0) não (1) sim

Usou DIU (0) não (1) sim

Usou preservativo/camisinha (0) não (1) sim

Fez ligamento de trompas (0) não (1) sim

Usou coito interrompido/ele se cuida ou se cuidava (0) não (1) sim

Usou diafragma (0) *não* (1) *sim*

Usou injeção anticoncepcional (0) não (1) sim

Usou tabelinha (0) não (1) sim

Usou ducha vaginal (0) não (1) sim

Esposo/companheiro fez vasectomia (0) não (1) sim

Parou de menstruar antes dos 40 anos (0) não (1) sim

(7) *Não usei nada para evitar a gestação*

(8) NSA (9) IGN

Aplicar a questão, marcando a alternativa ou alternativas respondidas pela entrevistada.

Depois que ela responder você pode ainda perguntar se ela não esqueceu de citar algum método usado.

Codificar as variáveis de acordo com as respostas: 0 para não e 1 para sim, todas devem ter as alternativas marcadas. Se a entrevistada não usou nada para evitar a gestação marcar (7) e codificar a

*SE A RESPOSTA DA PERGUNTA B104 FOR 77 (A MULHER AINDA SENTIR CALORÕES),
SEGUIR COM A PERGUNTA B105
SE A MULHER NÃO SENTIR MAIS OS CALORÕES, PULE PARA A PERGUNTA B108*

B105. Em geral, quantos dias na semana a sra sente calorões?

- ____ dias
(0) menos de 01 dia
(7) todos os dias
(8)NSA (9) IGN

Ler a pergunta. Explicar que queremos saber o número de dias que os calorões apareceram na última semana. Se não souber colocar (9) IGN.

B106. Na última semana, a Sra. sentiu calorões da menopausa?

- (0) não sentiu calorões na última semana
(1) sim, sentiu calorões na última semana
(8) NSA (9) IGN

Ler a pergunta.

SE A RESPOSTA FOR (0) NÃO, PULE PARA A PERGUNTA 108

B107. Na última semana quantas vezes ao dia, mais ou menos, a Sra. sentiu calorões?

- ____ vezes ao dia (88) NSA (99) IGN

Ler a pergunta. A entrevistada deve dizer quantas vezes ao dia sentiu calorões na última semana. Se não souber colocar (99) IGN.

B108. A Sra. está fazendo ou fez tratamento para menopausa, como comprimidos, injeções ou adesivos?

- (0) não, nunca fez
(1) sim, está fazendo
(2) fez, mas já parou
(8) NSA
(9) IGN

Ler a questão. Se a entrevistada tiver dificuldade em saber, explique que tratamento para menopausa pode ter sido feito com comprimidos, injeções ou adesivos (de colar na pele).

SE A RESPOSTA FOR (0) NÃO, PULE PARA A PERGUNTA B111

B109. Quantos anos completos a Sra. tinha quando iniciou o tratamento para menopausa?

____ anos (88) NSA (99) IGN

Perguntar a idade em anos completos que a mulher tinha quando iniciou o tratamento para menopausa.

B110. Por quanto tempo a Sra. usou o tratamento para a menopausa?

Usou até os ____ anos de idade OU

Usou durante ____ anos e durante ____ meses

(77) ainda está usando (88) NSA (99) IGN

Ler e completar.

Se a mulher ainda estiver usando codifique todas as variáveis com (77).

Exemplos para observar codificação:

Respondeu que usou o tratamento até 43 anos
Usou até os _4 _3 anos de idade OU
Usou durante _8 _8 anos e durante _8 _8 meses

Respondeu que usou por 1 ano
Usou até os _8 _8 anos de idade OU
Usou durante _0 _1 anos e durante _0 _0 meses

Respondeu que usou por 5 meses
Usou até os _8 _8 anos de idade OU
Usou durante _0 _0 anos e durante _0 _5 meses

Respondeu que usou por um ano e meio
Usou até os _8 _8 anos de idade OU
Usou durante _0 _1 anos e durante _0 _6 meses

B111. A Sra. tem algum trabalho remunerado?

- (0) *Não*
- (1) *Sim . Se sim: Qual a sua renda? _____*
- (8) *NSA* (9) *IGN*

Perguntar para a mulher se ela tem alguma atividade remunerada, pode ser qualquer tipo de serviço ou emprego que dê a ela uma renda. Se a resposta for sim colocar a renda ao lado em reais.

QUESTIONÁRIO SOBRE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Orientações Específicas

Bloco C - QUESTIONÁRIO

- **Auto-aplicado**

BLOCO C – Este questionário deve ser aplicado a homens e mulheres com 20 anos ou mais.

QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO

Este questionário deve ser preenchido por pessoas com 20 anos ou mais.

Entrevistados cegos e analfabetos poderão responder ao questionário com o auxílio da entrevistadora.

1. Apresentação da entrevistadora ao informante:

Trate o entrevistado por Sr ou Sra., evitando qualquer intimidade com eles.

Explicar que as respostas são absolutamente confidenciais e que o interesse do estudo é a comunidade como um todo.

Frase introdutória: “Agora vou lhe entregar um questionário contendo perguntas íntimas, portanto é muito importante que seja respondido apenas pelo Sr.(a), sem ajuda de outros familiares. Ao final do preenchimento o(a) Sr(a) irá coloca-lo neste envelope, colando a abertura. Ele só será aberto pela médica coordenadora, a qual interpretará os resultados. As informações servirão especificamente para saber a freqüência de alguns problemas abordados, de forma a estabelecer formas melhores de prevenção e tratamento. Estas informações não serão analisadas de forma individual, assim estaremos preservando sua intimidade. Por favor, responda da forma mais honesta possível todas as questões. Caso tenha alguma dúvida, pergunte. Esta coluna da direita (mostrar ao entrevistado a coluna de codificação) não deve ser preenchida. Os questionários devem ser preenchidos a lápis, usando borracha para as devidas correções. As letras e números devem ser escritos de maneira legível, sem deixar margem para dúvidas. Se o Sr(a) preferir posso fazer a leitura do questionário”.

2. Instruções gerais para o preenchimento dos questionários auto-aplicados:

OBSERVAÇÃO: Antes de entregá-lo ao entrevistado, complete o **Número do questionário**.

O questionário auto-aplicado sempre deve ser preenchido por último.

Quando necessário, explicar a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica); e, em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta. Repetir a questão quando não houver entendimento por parte do entrevistado.

O questionário auto-aplicado deve ser entregue ao entrevistado dentro de uma pasta, explicando que caso o entrevistado prefira, as questões poderão ser lidas pela entrevistadora (com outro questionário) para facilitar o preenchimento desse, lembrando que são perguntas íntimas e que de preferência devem estar em local mais reservado.

Explicar que, independente das respostas, todas as questões devem ser respondidas, sempre haverá uma alternativa em situações em que a pergunta não se aplique.

Na situação em que alguém pergunta se os questionários são iguais, a resposta será: “Pelo fato desta pesquisa ser totalmente sigilosa, não posso lhe informar se os questionários são iguais”. Dessa forma pretende-se evitar que um pai ache que as perguntas são inadequadas para seus filhos.

C1. Com que idade teve a primeira relação sexual?

____ anos (88) Nunca tive relação sexual

Quando não entendido, perguntar a idade em que fez sexo pela primeira vez.

Explicar que caso nunca tenha tido relações deve, marcar um X nessa opção (88).

Sempre que não souber ou não lembrar, completar com (99).

C2. Na última relação sexual que você teve usou camisinha?

(0) Não

(1) Sim

(8) Nunca tive relação sexual

Quando não entendido, perguntar se na última vez que fez sexo, usou camisinha.

Explicar que caso nunca tenha tido relações deve, marcar um X nessa opção (8).

Sempre que não souber ou não lembrar, completar com (9).

C3. Na última relação sexual que teve, você praticou sexo anal (atrás)?

(0) Não

(1) Sim

(8) Nunca tive relação sexual

Quando não entendido, perguntar se na última vez que fez sexo, realizou sexo por trás.

Explicar que caso nunca tenha tido relações deve, marcar um X nessa opção (8).

Sempre que não souber ou não lembrar, completar com (9).

C4. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relações sexuais?

- (0) com ninguém
- (1) 1 pessoa
- (2) 2 pessoas
- (3) 3 pessoas
- (4) 4 pessoas
- (5) 5 pessoas ou mais

Quando não entendido, dizer para o entrevistado pensar com quantas pessoas transou nos últimos 3 meses. Caso nunca tenha tido relações sexuais, responder (0) com ninguém.

C5) Com quantos parceiros o(a) Sr.(a) já teve relação sexual durante a sua vida?

____ parceiros

Quando não entendido, dizer para o entrevistado pensar com quantas pessoas já transou na vida. Caso nunca tenha tido relações sexuais, escrever 00 parceiros.

C6. Você tem (ou já teve) alguma feridinha ou bolha no pênis, vagina ou ânus (em baixo, nas partes)?

- (0) Não
- (1) Sim

Quantas vezes já teve isso? _____vezes

(88) Nunca tive feridinha

Na última vez que teve essa feridinha:

É (era) dolorosa? (0) Não (1) Sim (8) Nunca tive feridinha

É (era) uma ou mais de uma feridinha?

(0) Só uma (1) Mais de uma (8) Nunca tive feridinha

Quanto tempo faz que você teve essa feridinha pela última vez?

- (0) Estou com feridinha no momento
- (1) Tive feridinha há menos de um ano
- (2) Tive feridinha há mais de um ano
- (8) Nunca tive feridinha

Quando o entrevistado perguntar, dizer que serão consideradas apenas as feridinhas que apareceram sem ser machucados.

Reforçar que as perguntas sobre se era dolorosa, quantas eram e quanto tempo faz se referem a última vez que teve feridinha.

Se é (ou era) dolorosa pode ser reformulada por se doía.

Quanto tempo faz pode ser precisado buscando eventos que todo mundo lembra como antes ou depois da Páscoa passada, de nascimento de filhos ou outros importantes eventos vitais.

Lembrar que se nunca teve feridinha, marcar com um X na resposta “Nunca tive feridinha”.

C7. Você está (ou já esteve) com corrimento (pus) no pênis ou vagina (em baixo, nas partes)?

- (0) Não
- (1) Sim

Quantas vezes já teve isso? _____vezes

(88) Nunca tive corrimento

Na última vez que você teve esse corrimento:

Tem (tinha) mau cheiro? (0) não (1) sim (8) nunca tive corrimento

Dá (dava) coceira? (0) não (1) sim (8) nunca tive corrimento

Qual a cor?

- (0) cor de clara de ovo
- (1) branco
- (2) amarelo
- (3) esverdeado
- (4) avermelhado (cor de sangue)
- (8) Nunca tive corrimento

Quanto tempo faz que você teve corrimento pela última vez?

- (0) Estou com corrimento no momento
- (1) Tive corrimento há menos de um ano
- (2) Tive corrimento há mais de um ano
- (8) Nunca tive corrimento

Quando o entrevistado não souber o que é corrimento, perguntar se saiu algum líquido grosso do pênis ou vagina.

Reforçar que as perguntas sobre se tinha mau cheiro, dava coceira, qual a cor e quanto tempo faz se referem a última vez que teve corrimento.

Coceira pode ser substituída por comichão.

Quanto tempo faz pode ser precisado buscando eventos que todo mundo lembra como antes ou depois da Páscoa passada, de nascimento de filhos ou outros importantes eventos vitais.

Lembrar que se nunca teve corrimento, marcar com um X na resposta “Nunca tive corrimento”.

C8. Você tem (ou já teve) verruga (crista de galo) no pênis, vagina ou ânus (em baixo, nas partes)?

- (0) Não
- (1) Sim

Quantas vezes já teve isso? _____ vezes
(88) Nunca tive verruga

Quanto tempo faz que você teve verruga pela última vez?

- (0) Estou com verruga no momento
- (1) Tive verruga há menos de um ano
- (2) Tive verruga há mais de um ano
- (8) Nunca tive verruga

Reforçar que a pergunta “quanto tempo” faz se referem a última vez que teve verruga.

Quanto tempo faz pode ser precisado buscando eventos que todo mundo lembra como antes ou depois da Páscoa passada, de nascimento de filhos ou outros importantes eventos vitais.

Lembrar que se nunca teve verruga, marcar com um X na resposta “Nunca tive verruga”.

C9. Você já tem (ou já teve) ardência para urinar?

- (0) Não
- (1) Sim

Quanto tempo faz que você teve ardência pela última vez?

- (0) Estou com ardência no momento
- (1) Tive ardência há menos de um ano
- (2) Tive ardência há mais de um ano
- (8) Nunca tive ardência para urinar

Reforçar que a pergunta “quanto tempo” faz se referem a última vez que teve ardência.

Quanto tempo faz pode ser precisado buscando eventos que todo mundo lembra como antes ou depois da Páscoa passada, de nascimento de filhos ou outros importantes eventos vitais.

Lembrar que se nunca teve ardência, marcar com um X na resposta “Nunca tive ardência”.

OBS.: Quando a entrevistadora precisar ler as questões, independente das respostas anteriores, as questões C6, C7 e C8 deverão ser totalmente lidas, dando tempo para serem respondidas.

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

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
NQUE _____

Número do setor _____

Número da família _____

Número da pessoa _____

Data da entrevista: ____/____/____ Horário de início da entrevista: ____:____

DT

Entrevistadora: _____

ENTREV _____

A1) Qual o endereço deste domicílio?

Rua: _____

Número: _____ Complemento: _____

A2) O(A) Sr.(a) possui telefone neste domicílio?

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

A3) 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? _____

A4) Quantas pessoas moram nesta casa? ____ pessoas

NMOR _____

**AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE
 ANIMAIS DOMÉSTICOS QUE EXISTAM NA SUA CASA**

A5) O(a) Sr.(a) tem em sua casa algum animal de estimação do tipo:

(LEIA AS ALTERNATIVAS)

• **Cachorros?**

(0) Não (1) Sim

SE SIM: Quantos machos? ____ (88) NSA (99) IGN
 Quantas fêmeas? ____ (88) NSA (99) IGN

CAOSN _____

CAOMCH _____

CAOFEM _____

• **Gatos?**

(0) Não (1) Sim

SE SIM: Quantos machos? ____ (88) NSA (99) IGN
 Quantas fêmeas? ____ (88) NSA (99) IGN

GATSN _____

GATMCH _____

GATFEM _____

Se NÃO há GATOS na casa pule para questão A9
 Se NÃO há animais de estimação na casa pule para questão A13

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE GATOS

A6) No último ano, Quantos dos seus GATOS:

- **tomaram vermífugos?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN
- **foram vacinados?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN
- **foram ao veterinário?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN
- **foram castrados/esterilizados?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN

GVERM ____

GVACI ____

GVET ____

GCAST ____

Se NÃO há GATAS na casa pule para questão A9

A7) O que o(a) Sr.(a) faz para que sua(s) GATA(s) não fique(m) prenha(s)?

- (0) nada
(1) castra/esteriliza
(2) dá anticoncepcional
(3) prende quando está no cio
() outro _____
(8) NSA (9) IGN

GCIO ____

A8) O que o(a) Sr.(a) faria com os filhotes se sua(s) GATA(s) desse(m) cria hoje? (LER OS ITENS)

- **criaria** (0) nenhum (1) todos (2) alguns
- **doaria** (0) nenhum (1) todos (2) alguns
- **venderia** (0) nenhum (1) todos (2) alguns
- **sacrificaria** (0) nenhum (1) todos (2) alguns
- **abandonaria na rua** (0) nenhum (1) todos (2) alguns
- **abandonaria em outro lugar da cidade** (0) nenhum (1) todos (2) alguns
- **outro** _____ ()
(8) NSA (9) IGN

GCRIA ____

GDOA ____

GVEND ____

GSACR ____

GABRUA ____

GABCID ____

GFOOUT ____

SE NÃO HÁ CÃES NA CASA → PULE PARA A PERGUNTA A13

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE CÃES

A9) No último ano, quantos dos seus CACHORROS:

- **tomaram vermífugos?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN
- **foram vacinados?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN
- **foram ao veterinário?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN
- **foram castrados/esterilizados?** ____ animais
(00) Nenhum (77) Todos (88) NSA (99) IGN

CVERM ____

CVACI ____

CVET ____

CCAST ____

Se NÃO há CADELAS na casa pule para questão A12

<p>A10) O que o(a) Sr.(a) faz para que sua(s) CADELA(s) não fique(m) prenha(s)?</p> <p>(0) <i>nada</i> (1) <i>castra/esteriliza</i> (2) <i>dá anticoncepcional</i> (3) <i>prende quando está no cio</i> () <i>outro</i> _____ (8) <i>NSA</i> (9) <i>IGN</i></p>	<p><i>CCIO</i> _____</p>
<p>A11) O que faria com os filhotes se sua(s) CADELA(s) desse(m) cria hoje? (<i>LER ITENS</i>)</p> <p>• <i>criaria</i> (0) <i>nenhum</i> (1) <i>todos</i> (2) <i>alguns</i> • <i>doaria</i> (0) <i>nenhum</i> (1) <i>todos</i> (2) <i>alguns</i> • <i>venderia</i> (0) <i>nenhum</i> (1) <i>todos</i> (2) <i>alguns</i> • <i>sacrificaria</i> (0) <i>nenhum</i> (1) <i>todos</i> (2) <i>alguns</i> • <i>abandonaria na rua</i> (0) <i>nenhum</i> (1) <i>todos</i> (2) <i>alguns</i> • <i>abandonaria em outro lugar da cidade</i> (0) <i>nenhum</i> (1) <i>todos</i> (2) <i>alguns</i> • <i>outro</i> _____ () (8) <i>NSA</i> (9) <i>IGN</i></p>	<p><i>CCRIA</i> _____ <i>CDOA</i> _____ <i>CVEND</i> _____ <i>CSACR</i> _____ <i>CABRUA</i> _____ <i>CABCID</i> _____ <i>CFOOUT</i> _____</p>
<p>A12) Onde seu(s) cachorro(s) fica(m) a maior parte do dia?</p> <p>(0) <i>dentro de casa/apartamento</i> (1) <i>solto no pátio</i> (2) <i>preso no pátio</i> (3) <i>solto na rua</i> () <i>outro</i> _____ (8) <i>NSA</i> (9) <i>IGN</i></p>	<p><i>CAOFI</i> _____</p>
<p>A13) Ontem, quantos cachorros sem dono o(a) Sr.(a) avistou na sua rua?</p> <p>____ <i>cães</i> (88) <i>NSA</i> (99) <i>IGN</i></p>	<p><i>CONTEM</i> _____</p>
<p>A14) O que o(a) Sr.(a) ou as pessoas da sua casa costumam fazer com estes animais da rua?</p> <p>(0) <i>nada</i> (1) <i>alimentam</i> (2) <i>cuidam na rua</i> (3) <i>trazem para casa</i> (4) <i>levam para outro lugar</i> (5) <i>chamam a carrocinha</i> () <i>outra conduta</i> _____ (8) <i>NSA</i> (9) <i>IGN</i></p>	<p><i>ATIVIZ</i> _____</p>
<p>A15) Na sua opinião, o que a Prefeitura deveria fazer com os cachorros que andam soltos pelas ruas da cidade? (<i>LEIA OS ITENS E MARQUE OS NECESSÁRIOS</i>)</p> <p>(0) <i>nada</i> (1) <i>capturar com a carrocinha e manter no canil</i> (2) <i>capturar com a carrocinha e doar para pessoas interessadas</i> (3) <i>castrar/esterilizar</i> (4) <i>sacrificar/matar</i> () <i>outro</i> _____ (9) <i>IGN</i></p>	<p><i>ATIMUN</i> _____</p>

<p>A16) Nos últimos doze meses, o(a) Sr.(a) ou alguém da sua residência foi mordido por algum cão?</p> <p>(0) Não (1) Sim, por um cachorro da casa SE SIM: Quantas? ____ pessoas (2) Sim, por um cachorro da rua SE SIM: Quantas? ____ pessoas (9) IGN</p>	<p>CMORD ____ QPECS ____ QPERU ____</p>
<p>AGORA FALAREMOS SOBRE O ATENDIMENTO NOS POSTOS DE SAÚDE DA CIDADE</p>	
<p>A17) O(a) Sr.(a) já foi ou levou alguém para consultar em algum Posto de Saúde aqui em Pelotas?</p> <p>(0) não (PASSE PARA O A PERGUNTA A35) (1) sim, consultei (2) sim, acompanhei alguém (3) sim, consultei e acompanhei alguém</p>	<p>JAFOI ____</p>
<p><i>(SE CONSULTOU E ACOMPANHOU ALGUÉM, EXPLIQUE QUE AS PERGUNTAS SERÃO REFERENTES À PRÓPRIA CONSULTA)</i></p>	
<p>A18) Quando foi a última vez que consultou (ou acompanhou alguém) num Posto de Saúde?</p> <p>____ anos e ____ meses (0000) nunca consultou (9999) IGN</p>	<p>UVZANO ____ UVZMES ____</p>
<p>A19) Em qual posto foi esta consulta? _____ (____)</p> <p>(99) não sabe</p>	<p>QPUC ____</p>
<p>A20) Este posto de saúde é o mais próximo da sua casa?</p> <p>(0) não (1) sim (PULE PARA A PERGUNTA A22) (9) não sabe</p>	<p>PMP ____</p>
<p>A21) SE NÃO É O MAIS PRÓXIMO: Qual o motivo de não ter consultado no posto próximo da sua casa?</p> <p>(00) não consegue ficha (01) prefere outro posto (02) já consultava no outro posto pois morava lá perto (03) não existe a especialidade que precisava consultar (____) outro motivo _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>MOTNPR ____</p>

A22) Qual foi o motivo da última consulta/atendimento?	(00) atestado/receita	(03) pediatria	<i>MOTCON</i> ____
(01) clínica médica	(04) dentista		
(02) ginecologia	(05) vacina		
(06) curativo	(07) retorno		
(08) programa de acompanhamento pré-natal			
(09) prevenção do câncer de colo uterino			
(10) grupo de hipertensos	(14) psicólogo/psiquiatra		
(11) grupo de diabéticos	(15) nutricionista		
(12) puericultura (pesagem e medição infantil)			
(13) medir pressão			
(____) outro motivo _____			
(88) NSA/nunca consultou (99) IGN			
A23) Na última consulta/atendimento, qual foi sua impressão quanto ao(a): (LEIA OS ITENS, DIGA AS ALTERNATIVAS E ANOTE)			
• Atendimento no telefone:	____	TEL	____
• Marcação de consulta:	____	MARC	____
• Atendimento na recepção:	____	RECEP	____
• Atendimento dos(as) médico(s):	____	MED	____
• Atendimento dos(as) dentista(s):	____	DENT	____
• Atendimento dos(as) enfermeiro(as):	____	ENF	____
• Limpeza do posto:	____	LIMP	____
• O tamanho do posto:	____	TAMPOST	____
• O horário de atendimento do posto:	____	HORPOST	____
• O funcionamento do posto em geral:	____	FUNPOST	____
(0) Ruim	(1) Regular	(2) Bom	(3) Muito bom
(8) NSA/Não usou ou não existe o serviço referido		(9) IGN	
<i>SE FOI CONSULTA MÉDICA, PEDIÁTRICA OU GINECOLÓGICA, FAÇA AS PERGUNTAS SEGUINTEs, SENÃO, PULE PARA QUESTÃO A30</i>			
A24) Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia que consultou?			
____ dias			
(000) consultou no mesmo dia (888) NSA/nunca consultou (999) IGN			
A25) Quantos minutos se passaram da hora marcada para a consulta até a hora em que foi atendido?			
____ minutos (1 hora=60 minutos)			
(888) NSA/nunca consultou		(999) IGN	
A26) Quanto tempo durou a consulta? ____ minutos (888)NSA (999)IGN			
<i>TCO</i> ____			

<p>A27) Durante a consulta, o médico: (LEIA OS ITENS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fez perguntas sobre o problema __ • Deixou você falar sobre o problema __ • Examinou você __ • Pesou você __ • Mediu sua altura __ • Deu explicações sobre o seu problema de saúde __ • Deu orientações sobre outros aspectos da saúde __ • Precisou receitar remédios __ • SE RECEITOU: Explicou a maneira de tomar o remédio __ <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>PERG __ FALAR __ EXAMF __ PES __ MEDI __ EXPLPS __ ORGER __ RECEIT __ EXREM __</p>
<p><i>SE NÃO FOI RECEITADO REMÉDIO, PULE PARA QUESTÃO A29</i></p> <p>A28) O(a) Sr.(a) conseguiu os remédios receitados, no posto em que consultou?</p> <p>(0) não (1) sim, toda (2) sim, uma parte (8) NSA (9) IGN</p>	<p>COREM __</p>
<p>A29) No final da consulta, o médico: (LEIA OS ITENS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitou exames (0) não (1) sim (8) NSA • encaminhou para especialista: (0) não (1) sim (8) NSA • encaminhou para Pronto Socorro/Hospital (0) não (1) sim (8) NSA • pediu para retornar (0) não (1) sim (8) NSA 	<p>EXAM __ ESPEC __ PSHOSP __ RETOR __</p>
<p>A30) Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) tentou consultar em algum posto de saúde e não conseguiu?</p> <p>(0) Não (PULE PARA A PERGUNTA A33) (1) Sim (8) NSA/nunca consultou (9) IGN</p>	<p>VCON __</p>
<p>A31) SE SIM: Qual o nome do posto de saúde que o(a) Sr.(a) procurou?</p> <p>_____ (___) (99) IGN</p>	<p>PU3M __ __</p>
<p>A32) Qual o motivo de não ter conseguido consultar?</p> <p>(0) Nem tentou porque achou que não ia conseguir (1) Desistiu pois a fila estava muito grande (2) Não conseguiu ficha/agendar a consulta (3) A consulta foi marcada para muitos dias depois () outro _____ (8) NSA/nunca consultou (9) IGN</p>	<p>PNCON __</p>
<p>A33) No último ano, em quais destes aspectos o(a) Sr.(a) considera que a qualidade do serviço prestado no posto mudou? (LEIA OS ITENS E AS ALTERNATIVAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agendamento de consultas __ • Horário de atendimento __ • Atendimento recepção __ • Atendimento Médico __ • Atendimento Dentista __ • Atendimento Enfermagem __ 	<p>MMARC __ MHOR __ MREC __ MMED __ MDENT __ MENF __</p>
<p>(0) Não houve mudança (1) Sim, melhorou (2) Sim, piorou</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p>	

<p>A34) O(A) Sr.(a) está satisfeito(a) com o serviço prestado pelos postos de saúde do município?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA/nunca consultou (9) IGN</p>	<p>SATISF __</p>																				
<p>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 TRANQÜILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.</p>																					
<p>A35) O(A) Sr.(a) tem rádio em casa? (0) não Se sim: Quantos? __ rádios</p>	<p>ABRD __</p>																				
<p>A36) Tem televisão colorida em casa? (0) não Se sim: Quantas? __ televisões</p>	<p>ABTVCL __</p>																				
<p>A37) O(A) Sr.(a) ou sua família tem carro? (0) não Se sim: Quantos? __ carros</p>	<p>ABCAR __</p>																				
<p>A38) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr.(a) tem em casa?</p> <table> <tbody> <tr> <td>Aspirador de pó</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> <td>ABASPPO __</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar roupa</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> <td>ABMAQRP __</td> </tr> <tr> <td>Videocassete</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> <td>ABVCR __</td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> <td>ABGLDR __</td> </tr> <tr> <td>Freezer separado ou geladeira duplex</td> <td>(0) não</td> <td>(1) sim</td> <td>ABFREE __</td> </tr> </tbody> </table>	Aspirador de pó	(0) não	(1) sim	ABASPPO __	Máquina de lavar roupa	(0) não	(1) sim	ABMAQRP __	Videocassete	(0) não	(1) sim	ABVCR __	Geladeira	(0) não	(1) sim	ABGLDR __	Freezer separado ou geladeira duplex	(0) não	(1) sim	ABFREE __	
Aspirador de pó	(0) não	(1) sim	ABASPPO __																		
Máquina de lavar roupa	(0) não	(1) sim	ABMAQRP __																		
Videocassete	(0) não	(1) sim	ABVCR __																		
Geladeira	(0) não	(1) sim	ABGLDR __																		
Freezer separado ou geladeira duplex	(0) não	(1) sim	ABFREE __																		
<p>A39) Quantos banheiros tem em casa? (0) nenhum __ banheiros</p>	<p>ABBAN __</p>																				
<p>A40) O(A) Sr.(a) tem empregada doméstica em casa? (0) nenhuma Se sim: Quantas? __ empregadas</p>	<p>ABMAID __</p>																				
<p>A41) Qual o último ano de estudo do chefe da família ?</p> <p>(0) Nenhum ou primário incompleto (1) Até a 4^a 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</p>	<p>ABCHESCO __</p>																				
<p>A42) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) (OBSERVAR A ORDEM DAS PESSOAS NA PLANILHA DE DOMICÍLIO)</p> <p>Pessoa 1: R\$ __ ____ por mês Pessoa 2: R\$ __ ____ por mês Pessoa 3: R\$ __ ____ por mês Pessoa 4: R\$ __ ____ por mês Pessoa 5: R\$ __ ____ por mês (99999) IGN - não respondeu</p>	<p>REND1 __ ____ REND2 __ ____ REND3 __ ____ REND4 __ ____ REND5 __ ____</p>																				

<p>A43) A família tem outra fonte de renda (aluguel, pensão, etc.) que não foi citada acima?</p>	
<p>(0) não (1) sim → Quanto? R\$ _____ por mês</p>	<p><i>REXTR</i> _____</p>
<p>A44) Qual sua idade? _____ anos</p>	<p><i>IDBLA</i> _____</p>
<p>A45) ESTA QUESTÃO DEVE SER APENAS OBSERVADA PELA ENTREVISTADORA</p>	
<p>Sexo: (0) masculino (1) feminino (9) IGN</p>	<p><i>SEXBLA</i> _____</p>

BLOCO B: BLOCO GERAL
Este bloco deve ser aplicado a
homens e mulheres com
20 anos ou mais

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Número do setor _____

Número da família _____

Número da pessoa _____

Data da entrevista: ____/____/____ Horário de início da entrevista: ____:____

Entrevistadora: _____

B1) Qual é o seu nome? _____

B2) Qual é a sua idade? _____

**AS PERGUNTAS B3 E B4 DEVEM SER APENAS
 OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA**

B3) Cor da pele: (0) branca (1) não branca (9) IGN

B4) Sexo: (0) masculino (1) feminino (9) IGN

B5) O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?

(0) não → pule para a pergunta B7

(1) sim

(2) só assina → pule para a pergunta B7

(9) IGN

B6) Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

Anotação: _____
 (Codificar após encerrar o questionário)

Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA

B7) O(A) Sr.(a) pratica alguma religião?

(0) não → pule para a pergunta B9

(1) sim

B8) Qual?

(0) católica (1) protestante (2) evangélica (3) espírita (4) afro-brasileira

(5) testemunha de Jeová (6) outra _____

(8) NSA

B9) Qual a sua situação conjugal atual?

(1) casado(a) ou com companheiro(a)

(2) solteiro(a) ou sem companheiro(a)

(3) separado(a)

(4) viúvo(a)

DT

ENTREV _____

IDADE _____

CORPELE _____

SEXO _____

KLER _____

ESCOLA _____

PRATREL _____

QUALREL _____

COMPAN _____

B10) Qual é o seu peso atual? ____ kg (999) IGN	PESO ____
B11) Qual é a sua altura? ____ cm (999) IGN	ALTURA ____
B12) O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) não, nunca fumou → pule para a próxima instrução (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 ____
B13) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? ____ anos ____ meses (8888) NSA	TFUMO ____
B14) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ____ cigarros (88) NSA	CIGDIA ____
- SE O(A) ENTREVISTADO(A) TIVER - MENOS DE 55 ANOS → PERGUNTA B37 55 ANOS OU MAIS → FAÇA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS	
AGORA FALAREMOS SOBRE SAÚDE E SENTIMENTOS	
B15) No último mês, na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) tem se sentido triste? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	TRISTE ____
B16) No último mês, na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) tem se sentido muito nervoso(a)? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	NERVOSO ____
B17) No último mês, na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) tem se sentido sem energia? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	ENERGIA ____
B18) No último mês, na maior parte dos dias, o(a) Sr.(a) tem tido dificuldade para dormir? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	SONO ____
B19) No último mês, na maior parte dos dias, quando o(a) Sr.(a) acorda pela manhã, tem vontade de fazer as atividades do dia-a-dia? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	DISPOSTO ____
B20) No último mês, na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) tem pensado muito no passado? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	PASSADO ____
B21) No último mês, na maior parte dos dias, o(a) Sr.(a) tem preferido ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	SAIR ____
B22) O(A) Sr.(a) acha que atualmente as pessoas de sua família dão menos importância para suas opiniões do que quando o(a) Sr.(a) era jovem? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	OPINIAO ____

FAREI AGORA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SAÚDE DA MULHER			
B79) No último ano, quantas vezes a Sra. fez consulta com o médico ginecologista?	— __ consultas (00) nenhuma (88) NSA (99) IGN	CONSAG	__ __
B80) No último ano, quantas vezes a Sra. fez consulta com outros médicos?	— __ consultas (00) nenhuma (88) NSA (99) IGN	CONSAM	__ __
B81) Onde a Sra. consultou o ginecologista pela última vez?	(0) Posto ou ambulatório do SUS (1) Clínica ou consultório por convênio (2) Clínica ou consultório Particular (8) NSA (9) IGN	LUGCONS	__
B82) Quantos anos a Sra. tinha quando menstruou pela primeira vez?	— __ anos (77) não lembra (88) NSA (99) IGN	MENAR	__ __
B83) A Sra. já parou de menstruar?	(0) Não (1) Sim. Se sim: Com que idade parou de menstruar? — __ anos (8) NSA (9) IGN	MENOP IDMEN	__ __
B84) Quando foi o primeiro dia de sua última menstruação? (Cite o dia, o mês e o ano)	— __ dia — __ mês — __ — __ ano (88) NSA (99) IGN	DUMD DUMM DUMA	__ __ __
B85) A Sra. teve partos normais (pela via vaginal ou por baixo)? Quantos?	— __ partos normais (00) Não (88) NSA (99) IGN	PARTN	__ __
B86) A Sra. conhece um exame para evitar o Câncer do colo do útero?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CCP	__
<i>SE NÃO CONHECE PULE PARA PERGUNTA NÚMERO B92</i>			
B87) A Sra. já fez este exame?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FEZCP	__
<i>SE NÃO FEZ, PULE PARA A PERGUNTA B91</i>			
B88) Quando a Sra. fez este exame a última vez?	Há — __ ano(s) — __ meses (8888) NSA (9999) IGN	TECP	__ __ __
B89) Aonde a Sra. fez o exame de preventivo do câncer pela última vez?		OEXACP	__

- (0) Particular/convênios
 (1) SUS - Secretaria da Saúde
 (8) NSA
 (9) IGN

B90) Quando a Sra. fez este exame a penúltima vez?

- Há ____ ano(s) ____ meses
 (7777) Fez apenas um exame até hoje
 (8888) NSA
 (9999) IGN

TEPECP _____

B91) A Sra. sabe com que freqüência este exame deve ser feito?

- (0) Não sei
 (1) Mais de uma vez ao ano
 (2) De ano em ano
 (3) De 2 em 2 anos
 (4) De 3 em 3 anos
 (5) Intervalos maiores
 (8) NSA
 (9) IGN

FEXACP _____

B92) A Sra. tem mãe, irmã(s), filha(s) ou outros familiares que tenham tido câncer de mama?

- Mãe: (0) Não (1) Sim
 Irmã: (0) Não (1) Sim
 Filha: (0) Não (1) Sim
 Outro familiar: (0) Não (1) Sim
 (8) NSA
 (9) IGN

HFAMAE _____
 HFAIRMA _____
 HFAFILHA _____
 HFAOUTR _____

B93) A Sra. examina as suas mamas em casa?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

AUTOEX _____

SE NÃO, PULAR PARA B95

B94) Quantas vezes a Sra. examinou suas mamas em casa nos últimos 6 meses?

- (0) Nenhuma vez (5) Cinco vezes
 (1) Uma vez (6) Seis vezes
 (2) Duas vezes (7) Mais de seis vezes
 (3) Três vezes (8) NSA
 (4) Quatro vezes (9) IGN

AUTOVEZ _____

B95) Na última consulta ginecológica que a Sra. fez, o(a) doutor(a) examinou suas mamas?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

DOUTEX _____

B96) Na última consulta ginecológica que a Sra. fez, o(a) doutor(a) lhe orientou a examinar as suas mamas em casa?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

ORIEXAM _____

QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO

(ao final deste questionário, coloque-o no envelope, que será lacrado)

NQUE _____

C1) Com que idade teve a primeira relação sexual? _____ anos 88. () Nunca tive relação sexual	<i>PRIMREL</i> _____
C2) Na última relação sexual que você teve, usou camisinha? 0. () Não 1. () Sim 8. () Nunca tive relação sexual	<i>CAMISIN</i> _____
C3) Na última relação sexual que teve, você praticou sexo anal (atrás)? 0. () Não 1. () Sim 8. () Nunca tive relação sexual	<i>ANAL</i> _____
C4) Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relações sexuais? 0. () com ninguém 1. () 1 pessoa 2. () 2 pessoas 3. () 3 pessoas 4. () 4 pessoas 5. () 5 ou mais pessoas	<i>TEVESEX</i> _____
C5) Com quantos parceiros o(a) Sr.(a) já teve relação sexual durante a sua vida? _____ parceiros	<i>PARCEI</i> _____
C6) Você tem (ou já teve) alguma feridinha ou bolha no pênis, vagina ou ânus (em baixo, nas partes)? 0. () Não 1. () Sim Quantas vezes já teve isso? _____ vezes 8. () Nunca tive feridinha	<i>FERI</i> _____ <i>FERIVEZ</i> _____
Na última vez que você teve essa feridinha: É (era) dolorosa? 0.()Não 1.()Sim 8.() Nunca tive feridinha É (era) uma ou mais de uma feridinha? 0.() Só uma 1.() Mais de uma 8.() Nunca tive feridinha Quanto tempo faz que você teve essa feridinha pela última vez? 0. () Estou com feridinha no momento 1. () Tive feridinha há menos de um ano 2. () Tive feridinha há mais de um ano 8. () Nunca tive feridinha	<i>FERIDOR</i> _____ <i>FERIUM</i> _____ <i>FERIULT</i> _____

<p>C7) Você está (ou já esteve) com corrimento (pus) no pênis ou vagina (em baixo, nas partes)?</p> <p>0. () Não 1. () Sim</p> <p>Quantas vezes já teve isso? _____ vezes 8. () Nunca tive corrimento</p> <p>Na última vez que você teve esse corrimento:</p> <p>Tem (tinha) mau cheiro? 0.() Não 1.() Sim 8.() Nunca tive corrimento</p> <p>Dá (dava) coceira? 0.() Não 1.() Sim 8.() Nunca tive corrimento</p> <p>Qual a cor? 0.() cor de clara de ovo 1.() branco 2.() amarelo 3.() esverdeado 4.() avermelhado (cor de sangue) 8.() Nunca tive corrimento</p> <p>Quanto tempo faz que você teve corrimento pela última vez?</p> <p>0. () Estou com corrimento no momento 1. () Tive corrimento há menos de um ano 2. () Tive corrimento há mais de um ano 8. () Nunca tive corrimento</p>	<p><i>CORRI</i> _____</p> <p><i>CORRIVEZ</i> _____</p> <p><i>CORRICH</i> _____</p> <p><i>CORRICO</i> _____</p> <p><i>CORRICOR</i> _____</p> <p><i>CORRIULT</i> _____</p>
<p>C8) Você tem (ou já teve) verruga (crista de galo) no pênis, vagina ou ânus (em baixo, nas partes)?</p> <p>0. () Não 1. () Sim</p> <p>Quantas vezes já teve isso? _____ vezes 8. () Nunca tive verruga</p> <p>Quanto tempo faz que você teve verruga pela última vez?</p> <p>0. () Estou com verruga no momento 1. () Tive verruga há menos de um ano 2. () Tive verruga há mais de um ano 8. () Nunca tive verruga</p>	<p><i>VERRU</i> _____</p> <p><i>VERRUVEZ</i> _____</p> <p><i>VERRULT</i> _____</p>
<p>C9) Você tem (ou já teve) ardência para urinar?</p> <p>0. () Não 1. () Sim</p> <p>Quanto tempo faz que você teve ardência pela última vez?</p> <p>0. () Estou com ardência no momento 1. () Tive ardência há menos de um ano 2. () Tive ardência há mais de um ano 8. () Nunca tive ardência</p>	<p><i>ARDEN</i> _____</p> <p><i>ARDENTP</i> _____</p>