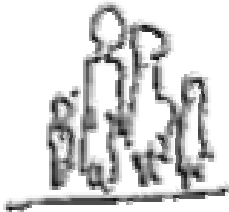


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO DE EPIDEMIOLOGIA**



**COBERTURA E FOCO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO  
CONTRA O VÍRUS INFLUENZA.**

**ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**MESTRANDO: Anelise Breier  
ORIENTADOR: Dr. Luiz Augusto Facchini**

**Pelotas, 2005**

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

**COBERTURA E FOCO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO  
CONTRA O VÍRUS INFLUENZA.**

**ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL**

**MESTRANDO: Anelise Breier**

**ORIENTADOR: Dr. Luiz Augusto Facchini**

**Banca examinadora: Dra. Anaclaudia Fassa (UFPEL)**

**Dr. César Gomes Victora (UFPEL)**

**Dr. Jair Ferreira (UFRGS)**

**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, 2005**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Facchini, pelo acolhimento no Programa e pelo incentivo e apoio recebidos para a realização deste trabalho.

Através dele, agradeço a todos os professores e aproveito para cumprimentá-los pela obtenção da nota 6 na avaliação da CAPES, fruto de um árduo e competente trabalho “em uma cidade do sul do Brasil”.

A todos os meus colegas do mestrado desejo muito sucesso, e que alcancem os objetivos que almejam.

Cida e Celene: agradeço todo o carinho e todas as gentilezas que recebi e espero que continue a ter notícias de vocês.

Denise: agradeço toda a atenção e gentileza, que incluiu também o excelente “atendimento virtual” ao Vicente.

Arnildo, Gian e Luciane: muito obrigada pelo apoio e por todas as vezes que me acolheram, repassaram informações importantes e entenderam como era difícil estar distante de Pelotas, do Centro de Pesquisas e dos colegas. Vocês tornaram a distância muito menor.

Agradeço a Andrea e ao Pedrinho, nossos monitores, toda a ajuda recebida, que também incluiu “ensino e orientações à distância”.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas agradeço todo o apoio e cuidado que tiveram em me repassar informações e orientações. Vocês também “encurtaram” a distância entre Pelotas e Porto Alegre.

Aos meus colegas da Prefeitura de Porto Alegre agradeço por todo o apoio e tolerância com as minhas ausências. Aos colegas da equipe de serviços agradeço através do Anderson Araújo Lima, nosso coordenador.

Marla Kuhn e Dóris Blessmann, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde: muito obrigada por terem me recebido tão bem e incentivado a concluir o curso.

Maria Aparecida Vilarino, do Núcleo de Imunizações: muito obrigada por compartilhar informações e disponibilizar material de pesquisa.

Cinthia, Rosaura e Solange: agradeço muito o incentivo e o carinho de vocês.

Aos meus pais, irmãs, cunhado e sobrinhos: muito obrigada por estarem ao meu lado e por todo o apoio.

E, finalmente, agradeço ao Carlos Quadros porque sem o teu incentivo e a tua ajuda este trabalho não teria sido concluído.

# ÍNDICE

<b>1. Projeto de Pesquisa</b>	<b>05</b>
<b>2. Relatório do Trabalho de Campo</b>	<b>31</b>
<b>3. Artigo para publicação</b>	<b>45</b>
<b>4. Anexos</b>	
4.1 Press-release	75
4.2 Revista de Saúde Pública – instruções para autores	76
4.3 Questionários	80

## **PROJETO DE PESQUISA**

“COBERTURA VACINAL CONTRA O VÍRUS INFLUENZA, FATORES ASSOCIADOS E OPORTUNIDADES PERDIDAS”.

### **Autores**

Anelise Breier

Luiz Augusto Facchini (orientador)

### **Data da apresentação**

30.09.2003

### **Revisor**

Maria Cecília Assunção

### **Instituição**

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

# **1. INTRODUÇÃO**

## **1.1 Delimitação do problema de pesquisa**

O estudo pretende conhecer a cobertura vacinal contra o vírus influenza e fatores associados na população adulta, de ambos os sexos, residente na área urbana da cidade de Pelotas, RS, com especial atenção à faixa etária de 60 ou mais anos, definida como a população alvo pelo Ministério da Saúde do Brasil.

## **1.2 Justificativa**

A influenza, ou gripe é uma doença viral que atinge o aparelho respiratório e tem rápida disseminação, com período de incubação de aproximadamente 48 horas. Entre suas principais características encontra-se a ocorrência anual de epidemias, com distribuição mundial, e o surgimento de uma pandemia a cada 10-30 anos. Estudos evidenciando a eficácia protetora de uma vacina existem desde a década de 40, no século passado, e a primeira iniciativa de imunizar a população de um país ocorreu em 1976, nos Estados Unidos da América (EUA).

A vacina contra o vírus influenza faz parte do painel de vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil desde o ano de 1999. Os idosos acima de 60 anos constituem a população alvo definida pelo Ministério da Saúde, visando à redução das altas taxas de morbidade e mortalidade nesta faixa etária, especialmente nos portadores de doenças cardiovasculares, consideradas um dos principais fatores de risco para óbito associado à infecção por vírus influenza. Também são considerados como grupo de risco para a aplicação da vacina os

portadores de pneumopatias crônicas, doenças renais e metabólicas e pacientes submetidos à terapia com imunossupressores. A adoção da vacina no Brasil, e em outros países classificados pela ONU como países em desenvolvimento, se deve, pelo menos em parte, ao acelerado aumento percentual de indivíduos idosos que compõe a população (1,2). Contribuir para a melhoria da qualidade de vida deste segmento da população e diminuir os custos do Sistema de Saúde justificam também a adoção desta medida preventiva. Considerando que é ainda relativamente recente a utilização da vacinação contra o vírus influenza no Brasil existem poucos estudos demonstrando o impacto desta medida, bem como os focos de resistência à sua utilização na faixa etária apontada pelo Ministério da Saúde. A meta proposta pelo Ministério da Saúde é atingir 70% dos idosos com 60 anos ou mais e, contabilizando o número de doses aplicadas, 78,13% dos municípios brasileiros atingiram a meta no ano de 2002 (3). O município de Pelotas participou das primeiras quatro edições da campanha de vacinação contra influenza e, de acordo com os registros do Ministério da Saúde (DATASUS) aplicou, em 2002, 23.577 doses desta vacina. Todas as doses foram aplicadas na faixa etária de 60 anos ou mais, segundo os registros do DATASUS. A cobertura anunciada pelo Ministério da Saúde do Brasil é melhor do que a observada em outros países, tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento (7,8). No Brasil o Governo Federal tem incentivado a realização de estudos que busquem identificar as oportunidades perdidas em vacinação, considerando este como um relevante problema de saúde pública no país. Entende-se aqui por oportunidade perdida em vacinação a situação na qual uma pessoa candidata à imunização, e que não tem contra-indicações, visita um serviço de saúde e não recebe as vacinas necessárias. Os problemas logísticos dos serviços de saúde, a recusa dos pacientes ou familiares e o despreparo técnico ou falta de treinamento da equipe de saúde foram apontados, em um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde em 45 países, como os principais motivos para a não realização de vacinas oportunas. O Informe Técnico do Ministério da Saúde faz referência a um estudo brasileiro, de autoria de Silvestre, J.A., com base em dados secundários oriundos

do DATASUS/MS, que demonstra a queda nas hospitalizações por pneumonia e DPOC na faixa etária alvo da vacinação a partir do ano de 1999.

O estudo aqui proposto pretende conhecer a cobertura vacinal no ano de 2003, relacionando com o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde dos adultos da área urbana da cidade de Pelotas. A análise do foco (28), vacinas realizadas e necessárias, da campanha ministerial e das oportunidades perdidas para a aplicação da vacina são também objeto desta pesquisa, bem como a identificação de grupos da população que não estão recebendo a vacina.

Pretende-se que estas informações possam colaborar para a construção de estratégias de ampliação da cobertura na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde.

### **1.3 Revisão da Literatura**

A revisão bibliográfica inicialmente realizada localizou as seguintes referências no período compreendido entre o ano de 1990 até julho de 2003:

- LILACS : 68 referências;
- MEDLINE: 3812 referências;
- PAHO: 66 referências.

Os MeSH utilizados para a pesquisa foram:

- influenza/epidemiology/prevention & control
- influenza vaccine
- pneumonia/epidemiology/prevention & control
- heart diseases/epidemiology/prevention & control



As referências utilizadas neste projeto foram selecionadas a partir da leitura dos resumos das publicações.

A influenza (gripe) é uma das doenças mais prevalentes na humanidade e os primeiros registros sugestivos de uma epidemia foram feitos por Hipócrates, em 412 a.C. Constitui-se em doença respiratória de etiologia viral que atinge todas as faixas etárias e cuja transmissão ocorre entre pessoas através de gotículas de saliva (perdigotos). Nos períodos epidêmicos a influenza atinge de 5 a 30% da população (3). O vírus influenza apresenta grande variabilidade antigênica, o que permite a recorrência de surtos periódicos, geralmente anuais, e pandemias a cada 10-30 anos. Nos séculos XIX e XX, além das epidemias recorrentes, foram registradas sete pandemias, com especial destaque para a ocorrida em 1918, que ficou conhecida mundialmente como *Gripe Espanhola*. O vírus responsável pela pandemia de 1918 circulou durante 39 anos e a mortalidade atribuída à pandemia foi estimada em mais de vinte milhões de pessoas no mundo (6,7).

A maioria dos indivíduos infectados pelo vírus apresenta sintomas como febre alta (39°C a 41°C), cefaléia, mialgia, coriza, tosse, fotofobia e congestão da conjuntiva. Os sinais e sintomas perduram por quatro a sete dias. A infecção pelo vírus influenza está associada a complicações pulmonares, cardiovasculares e de outros órgãos. Esses eventos podem ser decorrentes do próprio vírus ou de infecção bacteriana secundária. A influenza e suas complicações apresentam elevada morbidade e mortalidade e ocasionam o afastamento dos indivíduos de atividades habituais como comparecimento ao trabalho, aulas e outras, causando significativo impacto na economia mundial e ampliando os gastos com saúde.

O diagnóstico laboratorial da influenza pode ser realizado pesquisando titulação de anticorpos IgG e IgM contra o vírus ou através de diagnóstico virológico, com base na detecção do agente viral através do isolamento em cultura de células ou ovos embrionados, detecção de antígenos nas secreções respiratórias ou detecção do ácido nucléico viral por técnica de reação de cadeia da polimerase precedida de transcrição reversa (RT-PCR). A RT-PCR é um método de elevada sensibilidade e especificidade para a detecção simultânea de vários vírus, mas apresenta elevado custo. (12)

No atual estágio do conhecimento científico a vacinação tem sido apontada por diversos autores como o caminho mais eficaz e custo-efetivo de prevenir a influenza (8-11). O desenvolvimento da vacina contra o vírus influenza é bastante recente, especialmente quando comparado com a criação da primeira vacina, em 1796, pelo inglês Edward Jenner. O médico inglês observou que as ordenhadoras da área rural da Inglaterra tinham cicatrizes nas mãos pela contaminação com a varíola das vacas (cowpox), mas não desenvolviam a forma mais agressiva através do contágio humano. Passou então a inocular em humanos o líquido extraído das vesículas das mãos das ordenhadoras e a essa prática denominou vaccinae (varíola da vaca em latim). A utilização da vacina passou a ser prática adotada em todo o mundo, inclusive no Brasil, a partir do século XIX (13).

Para o desenvolvimento da vacina contra o vírus influenza foi necessário primeiro o surgimento da microscopia eletrônica. Em 1933 foi isolado o vírus influenza (tipo A) e classificado como um Orthomyxoviridae. Os tipos B e C foram isolados, respectivamente, em 1939 e 1950. A estrutura viral do influenza consiste em um envoltório com a inserção de duas glicoproteínas: hemaglutinina (HA) e neuraminase (NA). No interior do vírus encontram-se as nucleoproteínas (NP) e o material genético (RNA). As glicoproteínas de superfície são as mais importantes para a antigenicidade e as nucleoproteínas permitem a identificação dos tipos A, B e C.

Uma importante característica do vírus influenza é a rápida variação na sua antigenicidade, e que envolve principalmente as duas glicoproteínas de superfície. A variação da antigenicidade é mais freqüente com o vírus tipo A e parece não estar associada ao tipo C. A variação antigênica pode ser de dois tipos: antigenic drift e antigenic shift. A antigenic drift é o resultado de mudanças contínuas e relativamente pequenas dentro de um subtipo do vírus A ou B e está vinculada aos novos períodos epidêmicos anuais. A antigenic drift resulta de mutações que afetam o segmento de RNA, ou material genético, que codifica para as glicoproteínas do envoltório (HA e NA). Na antigenic shift as mudanças são maiores e um novo segmento de material genético (RNA) resulta na síntese de uma nova glicoproteína de envoltório que tem pouca ou nenhuma relação

sorológica com as antigas. Quando ocorre esta variação antigênica a população não dispõe de imunidade para o novo vírus e ocorrem as pandemias. Provavelmente o que ocorre na antigenic shift é uma recombinação genética entre os vírus influenza que infectam os homens e as aves. Como não ocorrem infecções cruzadas entre humanos e aves é provável que outra espécie, que aceite infecção de ambos os vírus como é o caso dos suínos, funcione como hospedeiro para a recombinação. (13)

A nomenclatura do vírus influenza leva em consideração:

- o tipo do vírus;
- a localização geográfica do isolamento;
- o número de série do isolamento naquela localidade;
- o ano de isolamento;
- as propriedades antigênicas das glicoproteínas HA e NA.

Uma cepa de vírus influenza tipo A isolada na China, no ano de 1999, poderia ser denominada A/China/2/99 (H3N2). Para os tipos B e C não são relevantes os subtipos antigênicos.

A vacina contra o vírus influenza foi desenvolvida nos Estados Unidos da América (EUA) na primeira metade do século XX e testada em soldados americanos no ano de 1946.(14) Em 1947 a Organização Mundial da Saúde estabeleceu um programa internacional de vigilância da influenza, identificando tipos de vírus circulantes e orientando a elaboração de vacinas. Os três centros de referência mundial para influenza, responsáveis pela identificação completa dos vírus, estão localizados nos EUA (CDC - Atlanta), na Inglaterra (MRI - Londres) e na Austrália (CSL Limited – Melbourne). No Brasil, desde o ano de 1995, a vigilância é realizada pelos Institutos Adolpho Lutz, em São Paulo, Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Evandro Chagas em Belém do Pará. Desde o início das atividades no Brasil já foram identificadas algumas centenas de tipos de vírus influenza (14-16). Da análise dos dados desta vigilância mundial resultam as recomendações anuais da OMS para a composição da vacina nos hemisférios sul e norte. A recomendação da OMS é de que a vacinação seja efetuada nos meses de inverno ou nas estações chuvosas dos países equatoriais.

A eficácia da vacina utilizada depende da semelhança entre a sua composição e o vírus que está em circulação na população. A maioria dos autores refere uma eficácia entre 30 e 60% nos idosos e de 70 a 90% nas demais faixas etárias.

A vacina utilizada atualmente no Brasil é composta por vírus inativados e fracionados e produzida por crescimento viral em ovos embrionados de galinha. A via de administração é intramuscular e a dose individual de 0,5 ml. A resposta imunitária desta vacina, mediada principalmente pelos linfócitos T, é menor do que a vacina de vírus inteiros, mas apresenta menos efeitos adversos. Os efeitos adversos são sistêmicos (febre > 38°C) ou locais como dor, vermelhidão e endureção no local da aplicação. As contra-indicações da vacina resumem-se a hipersensibilidade severa a ovo e história de reação severa à dose anterior da vacina ou um dos seus componentes. Alguns casos de Síndrome de Guillain – Barre foram relatados após a primeira campanha de vacinação de população, realizada nos EUA em 1976, mas não houve comprovação estatisticamente significativa da associação em estudos posteriores. A detecção de anticorpos pode ser verificada a partir de uma ou duas semanas após a administração da vacina e o seu pico máximo ocorre após quatro a seis semanas. A proteção conferida pela vacinação é de aproximadamente um ano. No Brasil, além do Ministério da Saúde, as Sociedades Científicas Médicas recomendam a realização da vacina não somente para a faixa etária de 60 anos ou mais, e incluem como grupos preferenciais também os portadores de doenças cardiovasculares, pneumopatias crônicas, doenças renais e metabólicas e imunossupressão como estratégia para a diminuição da morbidade e mortalidade destes grupos.(17) A vacinação de trabalhadores da área de saúde também tem sido recomendada por vários autores como estratégia adicional para reduzir a transmissão do vírus em hospitais e outros estabelecimentos de saúde.(18)

Estudos com diferentes desenhos epidemiológicos têm demonstrado a eficácia da vacina contra o vírus influenza e recomendado sua utilização. Alguns destes estudos têm sido realizados em trabalhadores cujas empresas adotaram a vacinação como estratégia para reduzir o número de dias de afastamento do

trabalho. Em uma instituição bancária da cidade de Medellín – Colômbia foi realizado um ensaio clínico randomizado, com uso de placebo e duplo cegamento, com trabalhadores sadios na faixa etária de 18 a 60 anos (9). A vacina utilizada foi de vírus inativados e fracionados. A efetividade da vacina, quando analisada a incidência cumulativa anual de casos de gripe (avaliação clínica) com afastamento do trabalho entre os vacinados e os que não participaram do estudo, foi de 52% (RR = 0,48). Foram observadas flutuações mensais atribuídas aos diferentes tipos de vírus que circulavam em cada período. Na comparação entre os vacinados e o grupo que recebeu placebo a efetividade foi de 31% (RR = 0,69). Os autores atribuem ao efeito Hawthorne a menor diferença da efetividade da vacina na comparação com o grupo placebo, pois, com as revisões médicas quinzenais promovidas pelo estudo, o grupo pode ter modificado sua conduta e consultado menos a outros médicos, motivo pelo qual obteve menor número de indicações para afastamento do trabalho. No Brasil, Faria (19) realizou estudo transversal com trabalhadores da indústria que teve como objetivo analisar, no período de um ano, o programa de vacinação implantado. Foram entrevistados 446 indivíduos, sendo que 18,3% apresentaram quadros intensos de gripe, dos quais 11,7% obtiveram afastamento. Dos entrevistados, 70% referiram que houve melhora na ocorrência de gripe após a vacinação, e foi indicada a manutenção do programa de vacinação, devendo, no entanto, prosseguir o estudo nos anos seguintes. Nichol e colaboradores realizaram um estudo multicêntrico com 4561 trabalhadores de saúde americanos entre setembro e novembro de 1997, com o objetivo de testar a efetividade da vacina intranasal de vírus vivos atenuados contra a influenza. O desenho adotado foi ensaio clínico randomizado, com uso de placebo e duplo cegamento. A redução de dias de afastamento do trabalho por influenza foi de 18% (RR 0,82; IC95% 0,74 – 0,91). A partir destes resultados e da análise de custos da implementação da vacinação os pesquisadores consideraram que a implementação da vacinação em trabalhadores de saúde adultos e saudáveis é custo-efetiva (20).

Na Bélgica, em 1997, foi realizado estudo transversal com amostra estratificada em múltiplos estágios cuja população alvo eram indivíduos com idade

superior a 25 anos, não institucionalizados. Nesta amostra, composta por 7378 indivíduos de ambos os sexos, foi encontrada uma cobertura vacinal de 19%. Os grupos que mais realizaram a vacina foram os de 65 ou mais anos (OR = 6,6), diabéticos (OR = 2,3), cardiopatas (OR = 1,8) e portadores de DPOC (OR = 1,7) (21). Nichol e colaboradores analisaram a associação entre a realização da vacina contra o vírus influenza, em dois estudos de coorte com indivíduos usuários de três planos de saúde americanos, e a morbidade e mortalidade de indivíduos não institucionalizados com 65 anos ou mais. A primeira coorte (1998-1999), composta por 140.055 indivíduos, apresentava uma cobertura vacinal de 55,5%, e a segunda coorte (1999-2000), composta por 146.328 indivíduos, uma cobertura de 59,7%. A vacinação se mostrou associada à diminuição do risco de hospitalização por doença cardíaca em 19% em ambas as coortes; por doença cerebrovascular de 16% e 23%; por pneumonia de 32% e 29%, respectivamente. A redução no risco de óbito, considerando todas as causas, foi de 48% na primeira coorte e 50% na segunda (22).

Estudo transversal com amostra representativa da população da população com 65 anos ou mais, não institucionalizada, de todas as Comunidades Autônomas da Espanha foi realizado em 1997 pelo Ministério da Saúde. A amostra foi composta por 1.148 indivíduos e a cobertura vacinal informada foi de 51,3%. As variáveis escolaridade (15 ou mais anos), percepção de saúde (boa ou muito boa), idade (70 anos ou mais), sexo (masculino), doença crônica (ser portador), fumo (não fumar), tamanho do município (menores 10.001 habitantes) e consultas médicas (nas últimas três semanas) se mostraram positivamente associadas à realização da vacina depois de submetidas à análise multivariada com regressão logística (5,6).

Apesar de pesquisas recentes apontarem os benefícios da realização da vacina, nem todos os grupos que constituem a população alvo da campanha utilizam o recurso disponível. Diversos autores têm buscado conhecer as causas das insuficientes coberturas vacinais em diferentes países e identificar as oportunidades perdidas para que a vacinação se efetive (23-28). Alguns destes

estudos ainda não foram publicados, ou encontram-se em fase de coleta de dados. Recentemente a Fundação Nacional de Saúde do Brasil publicou edital para financiamento de pesquisas a respeito de oportunidades perdidas em vacinas.

Concluindo observamos que:

- diferentes estudos epidemiológicos evidenciam o custo-efetividade da vacina contra o vírus influenza;
- são escassos os estudos brasileiros sobre cobertura e fatores associados;
- o reconhecimento de grupos da população alvo que não realizam a vacina, bem como das motivações individuais e sociais que colaboram para este desfecho, podem auxiliar a implementação correta desta atividade preventiva.

Propomos a realização de um estudo que busque identificar a cobertura e fatores associados à realização da vacina no ano de 2003.

#### **1.4 Objetivo Geral**

Medir a cobertura e identificar os principais fatores associados à não realização da vacina contra o vírus influenza no ano de 2003 em uma amostra da população com vinte anos ou mais de idade, moradores da zona urbana da cidade de Pelotas.

## 1.5 Objetivos Específicos

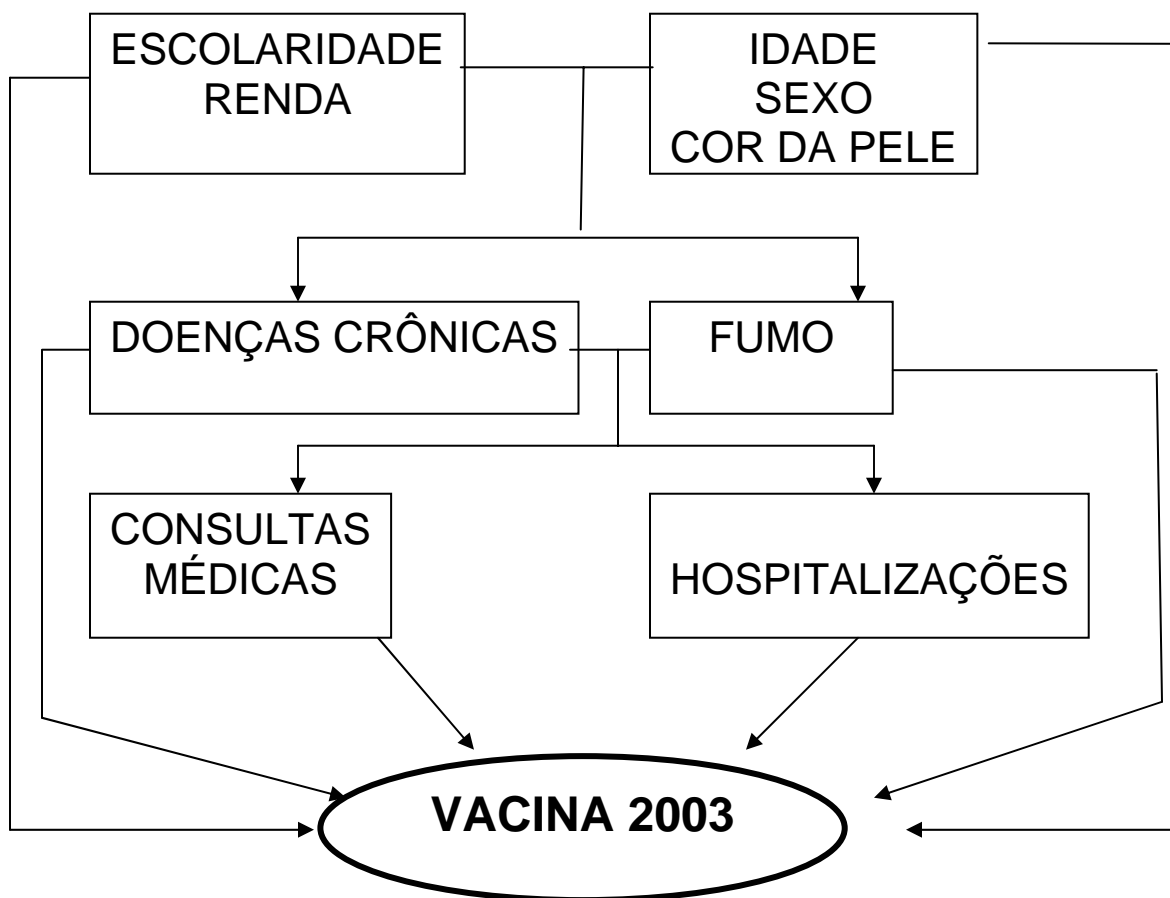
1. Estudar a cobertura vacinal contra o vírus influenza e o foco no ano de 2003, de acordo com a faixa etária, sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico.
2. Estudar a cobertura vacinal contra o vírus influenza no ano de 2002.
3. Identificar, na população que conhece a vacina, a maneira pela qual foi adquirido o conhecimento e relacionar com a realização da mesma.
4. Identificar os fatores que contribuíram para a não realização da vacina, no ano de 2003, na população alvo definida pelo Ministério da Saúde do Brasil.
5. Estudar a frequência do uso dos serviços de saúde hospitalares no último ano e ambulatoriais, nos meses de abril a agosto de 2003, na população estudada.
6. Estudar a cobertura da vacina, considerando a presença de doenças crônico-degenerativas e tabagismo.
7. Identificar a prevalência auto-referida de gripe no ano de 2003.
8. Identificar oportunidades de vacinação perdidas no ano de 2003, na população alvo definida pelo Ministério da Saúde do Brasil.



## 1.6 Hipóteses

1. A cobertura vacinal, em adultos de ambos os sexos com 60 ou mais anos de idade, é menor do que o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, ocorrendo um grande número de vacinas fora dos limites desta faixa etária.
2. A cobertura vacinal do ano de 2003 é 10% maior do que a de 2002.
3. A realização da vacina é maior entre indivíduos de maior escolaridade, brancos, mais velhos, casados e com maior nível socioeconômico.
4. O conhecimento da campanha de vacinação contra o vírus influenza foi obtido, em 70% dos casos, através de meios de comunicação.
5. A realização da vacina está associada, na maior parte das vezes, à indicação médica.
6. Os motivos mais prevalentes para a não realização da vacina são o temor de reações adversas e da aplicação por via intramuscular.
7. A utilização de serviços ambulatoriais de saúde é de 30% nos meses de abril a agosto, e a hospitalização 15% ao ano, ambos na faixa etária de 60 anos ou mais.
8. A freqüência de realização da vacina é maior nos portadores de doenças crônico-degenerativas e menor nos tabagistas.
9. As oportunidades perdidas de realização da vacina são altas, sendo maiores entre os indivíduos de menor escolaridade.
10. A prevalência de gripe, entre os indivíduos que não receberam a vacina, é superior a 20%.

## 2. MODELO TEÓRICO E MODELO DE ANÁLISE



Considerando a revisão bibliográfica realizada foi verificada uma hierarquia dos fatores que colaboram para o desfecho, estando a mesma registrada na figura acima. A escolaridade tem demonstrado estar associada à realização da vacina em diversos estudos (5,21), constituindo um dos determinantes mais importantes para o desfecho estudado. Os indivíduos pertencentes à faixa etária de 70 ou mais anos tem apresentado maior cobertura vacinal contra o vírus. Os fatores do

primeiro nível interferem no padrão de comportamento, sendo uma de suas conseqüências a manutenção de hábitos como o tabagismo e o surgimento algumas doenças crônicas. As condições de saúde influenciam a freqüência da utilização de serviços de saúde e compõe o nível mais proximal do desfecho.

O modelo teórico de análise adotado segue o modelo teórico apresentado na figura acima. O primeiro nível de análise, na camada mais distal dos determinantes do desfecho, é composto pelos fatores socioeconômicos e demográficos que determinam diferentes padrões de acesso à informação e de comportamento. No nível intermediário se localizam as doenças crônicas e hábito de fumar, e, no nível proximal, o acesso aos cuidados de saúde.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento**

Estudo transversal de base populacional

#### **3.2 Justificativa da escolha do delineamento.**

Entre os estudos observacionais o transversal de base populacional é o mais adequado para alcançar os objetivos desta pesquisa, que busca conhecer prevalência de realização da vacina contra o vírus influenza no ano de 2003 e seus fatores associados. A vantagem desta metodologia é a rapidez para obtenção das informações, através de uma amostra representativa da população, com simplicidade e baixo custo.

A escolha é oportuna também porque o estudo integrará o consórcio de pesquisa de base populacional que será realizada com financiamento obtido pelo Centro de Pesquisa.

### 3.3 Definição do desfecho

Não ter recebido dose da vacina contra o vírus influenza no ano de 2.003.

A vacina contra o vírus influenza deve conter as cepas recomendadas pela OMS para a temporada 2003 do hemisfério sul: A/Moscow/10/99H3N27, A/New Caledonia/20/99H1N1 e B/Hong Kong/330/2001(3).

### 3.4 População alvo

Indivíduos de ambos os sexos, com vinte ou mais anos, residentes na área urbana de Pelotas.

### 3.5 Critérios de exclusão

Indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais, presídios etc.

Indivíduos que apresentem déficit cognitivo que não permita responder ao questionário

### 3.6 Variáveis

#### 3.6.1 Variável dependente

Variável	Definição	Tipo de Variável	Escala de Coleta	Escala de Análise
Não ter recebido dose da Vacina contra o vírus influenza no ano de 2003	A vacina contra o vírus influenza deve conter as cepas recomendadas pela OMS para a temporada 2003 do hemisfério sul: A/Moscow/10/99H3N27, A/New Caledonia/20/99H1N1 e B/Hong Kong/330/2001	Catagórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não

### 3.6.2 Variáveis independentes

Variável	Tipo de Variável	Escala de Coleta	Escala de Análise
Demográficas			
Idade	Numérica Discreta	Anos Completos	20-59; 60-64; 65-69; 70-74; 75 ou +
Sexo	Categórica Binária	Feminino ou Masculino	Feminino ou Masculino
Cor da Pele	Categórica Binária	Branca ou Não Branca	Branca Não Branca
Estado Civil	Categórica Nominal	Solteiro, Casado, Separado, Viúvo	Solteiro, Casado, Separado, Viúvo
Nível socioeconômico ANEP	Categórica Ordinal	A, B, C, D, E	A, B, C, D, E
Escolaridade	Numérica Discreta	Anos completos	Anos completos
Local de realização da vacina	Categórica Nominal	Serviço de Saúde Público, Serviço de Saúde Privado/Conveniado, Empresa e Outro	Serviço de Saúde Público, Serviço de Saúde Privado/Conveniado, Empresa e Outro
Patologias Crônicas	Categórica Nominal	Diabete, Cardiopatia, Pneumopatia; Doença Renal Crônica, Câncer	Diabete, Cardiopatia, Pneumopatia; Doença Renal Crônica, Câncer
Tabagismo	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não

Gripe	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Realização da Vacina em 2002	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Consulta Médica em 2003	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não
Hospitalização em 2003	Categórica Binária	Sim ou Não	Sim ou Não

### 3.7 Cálculo de Tamanho da Amostra

#### 3.7.1 Amostragem

A cidade de Pelotas possui 323.158 habitantes, de acordo com o Censo 2000. A faixa etária de 60 anos ou mais é composta por 38.281 habitantes.

A amostragem será realizada em múltiplos estágios:

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

Cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendessem aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para a prevalência e associação.

A partir desses resultados verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos seria de 1400. Este número já leva em conta acréscimos de 10% para perdas e 15% para controle de fatores de confusão.

Optou-se por utilizar uma amostra por conglomerados, por facilitar a logística do trabalho de campo e diminuir os custos deste processo. Para a definição dos conglomerados será utilizada a grade de setores censitários do Censo demográfico de 2000. Estes setores serão estratificados de acordo com a

renda média do responsável pelo domicílio para cada setor, de forma a garantir a representatividade em relação à situação econômica. Com esta estratégia também se espera um ganho de precisão nas estimativas.

Serão sorteados 10 domicílios por setor para minimizar o Efeito de Delineamento Amostral (EDA), visto que a estimativa dos EDAs de alguns desfechos de interesse eram da ordem de 3,0 a 4,5 para um desenho amostral de 20 domicílios por setor realizados no consorcio anterior (biênio 2001/2002).

O número de setores foi definido de forma de que se obtivesse uma distribuição equitativa de setores por mestrando. Assim, ficamos com uma amostra final de 144 setores e 1440 domicílios distribuídos entre os dezesseis mestrandos. Todos os setores urbanos de Pelotas foram listados, tendo sido excluídos quatro setores especiais (presídio e outros).

Os setores foram ordenados de forma crescente de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio. O número total de domicílios (92407) foi dividido por 144 de forma a se obter o pulo para a seleção sistemática dos setores (pulo= 642). Foi selecionado um número aleatório entre 1 e 642, utilizando o software Stata 8.0, e o resultado foi 88. O setor que incluía o domicílio foi o primeiro a ser selecionado, sendo os setores subseqüentes definidos pela adição do pulo de 642 até o final da lista de domicílios, completando 144 setores. Os domicílios serão sorteados levando-se em conta o tamanho de cada setor, para definir o pulo, a exemplo do que foi realizado na definição dos setores.

### 3.7.2 Tamanho de Amostra

Para o estudo aqui apresentado o tamanho da amostra deve ser suficiente para determinação de prevalência do desfecho na população alvo definida pelo Ministério da Saúde (60 anos ou mais), considerando um nível de significância de 95% e poder de 80%, como demonstra o quadro abaixo:

Prevalência do desfecho	Erro aceitável	Número idosos	Acréscimo 10% para perdas e recusas	EDA 1,3	Número de domicílios
55%	5 pp	380	418	543	1358

A prevalência de tabagismo na faixa etária de 60 anos ou mais na cidade de Pelotas é de 13,5%. A prevalência de doenças crônicas na população de 60 anos ou mais é: Diabetes 15,8%; Hipertensão Arterial Sistêmica 42,4%; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 17,4% e de Insuficiência Cardíaca 15,2% (4).

Dados recentes da literatura apontam para uma menor realização da vacina nos fumantes (38,26%) do que nos não fumantes (52,85%). Os portadores de doenças crônicas dos aparelhos cardiovascular e respiratório, bem como os portadores de Diabetes, apresentam um maior percentual de realização da vacina (60,32%) quando comparados com os não portadores destas enfermidades (46,79%) (5).

O cálculo de tamanho de amostra para a exposição menos prevalente - tabagismo é apresentado na tabela abaixo:

Razão não expostos/ expostos	Prevalência da não realização da vacina no ano de 2003 nos não expostos ao tabagismo	Risco Relativo	Número de idosos	N.º de idosos com acréscimo de 15% para controle de confusão, 10% para perdas e recusas e EDA 1,3
6 : 1	47%	1,5	314	516

### 3.8 Instrumento

Serão utilizados questionários estruturados, padronizados e pré-codificados. A aplicação dos questionários será operacionalizada por entrevistadores contratados, previamente treinados.



### **3.9 Seleção e treinamento dos entrevistadores**

Foram definidos como entrevistadores pessoas do sexo feminino com segundo grau completo. As candidatas serão submetidas a uma prova de conhecimentos gerais e uma entrevista. Todas as candidatas aprovadas receberão treinamento teórico-prático de 40 horas sob a supervisão dos mestrandos e utilizando como material de apoio um Manual de Instruções para aplicação do questionário de pesquisa.

### **3.10 Logística**

Os entrevistadores contratados deverão entrevistar, em média, três domicílios por dia, aplicando aproximadamente oito questionários individuais. Os mestrandos serão responsáveis pela supervisão de campo, realizando reuniões semanais para esclarecimentos de dúvidas dos entrevistadores, revisão e codificação dos questionários preenchidos.

### **3.11 Controle de qualidade**

Haverá revisita de 10% dos domicílios sorteados aleatoriamente a fim de que seja aplicado um questionário contendo perguntas chave de cada um dos mestrandos para a verificação de possíveis erros ou respostas falsas.

### **3.12 Coleta e manejo dos dados**

Os entrevistadores visitarão as casas sorteadas no processo de amostragem e entrevistarão todos os indivíduos, com três ou mais anos, residentes no domicílio. Caso um ou mais dos possíveis entrevistados não esteja em casa será agendada uma visita de retorno. Quando houver recusa de algum dos possíveis entrevistados devem ser realizadas mais duas tentativas, em

horários diferentes, pelo mesmo entrevistador. Após este procedimento, e persistindo a recusa, uma última tentativa será feita pelo supervisor do setor.

### **3.13 Tratamento estatístico**

Inicialmente será realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra. Essa análise incluirá o cálculo de prevalência de todas as variáveis em estudo, bem como os respectivos intervalos de confiança.

A análise bruta calculará a prevalência da realização da vacina conforme grupos de variáveis independentes, com as respectivas razões de prevalência, intervalos de confiança e valores p. Na análise ajustada serão calculadas as razões de prevalência ajustadas, intervalos de confiança e valores p do cruzamento entre o desfecho e as variáveis independentes.

Quando forem comparadas variáveis categóricas dicotômicas será utilizado o teste do qui-quadrado para heterogeneidade. Na comparação de uma variável categórica dicotômica com uma categórica ordinal, será utilizado o teste para tendência linear, além do qui-quadrado para heterogeneidade. A análise multivariada tomará como base o modelo hierarquizado de análise adotado neste estudo, considerando em um primeiro nível, na camada mais distal dos determinantes do desfecho, os fatores socioeconômicos e demográficos. Em um segundo nível se localizam as doenças crônicas e o hábito de fumar, ajustadas para os fatores do primeiro nível. No nível proximal se localizam os fatores que dizem respeito ao acesso e utilização de cuidados de saúde.

Os fatores de confusão serão identificados a partir do modelo hierarquizado e serão detectados quando estiverem distorcendo a associação entre duas variáveis, devendo ser controlados na modelagem da regressão.

Nas atividades de controle de qualidade dos questionários, onde 10% dos domicílios serão revisitados com aplicação de perguntas chave, a concordância será medida através do teste Kappa.

#### **4. 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. A consistência será verificada através do Check, que é um recurso de programação do Epi-Info 6.0.

As frequências e análise dos dados serão realizadas com o pacote estatístico Stata 7.0.

Será adotado o nível de significância padrão de 95% para toda a análise.

#### **5. ASPECTOS ÉTICOS**

Este projeto será submetido à avaliação da Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL.

As pessoas entrevistadas serão informadas da importância da sua participação e a respeito do sigilo absoluto dos dados quanto à sua identificação. Aos participantes será solicitado consentimento verbal e assegurado o direito de não responder parte ou todo o questionário.

#### **6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- dissertação de conclusão do curso de mestrado;
- artigos para publicação em periódicos científicos;
- sumário, baseado nos principais resultados do estudo, a ser divulgado na imprensa e entregue à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e Ministério da Saúde;
- apresentação em congressos e eventos científicos.

## 7. FINANCIAMENTO

Este estudo integra o consórcio de mestrado em epidemiologia do ano de 2003 e será financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da UFPEL e pelos mestrandos.

## 8. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- 1 Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2001.
- 2 Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000 n.9. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2001
- 3 Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, *Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 4 Santos HB, *O perfil de saúde dos idosos da região urbana de Pelotas e alguns de seus determinantes*. Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Agosto 1999.
- 5 Sarria A, Timoner J. Determinantes de la vacunación de la gripe en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:17-26.
- 6 Sarria-Santamera A, Timoner J. Influenza vaccination in old adults in Spain. *Eur J Public Health* 2003;13(2):133-7.
- 7 OPS. Pandemia de Influenza: preparativos en el continente americano. 2003; SPP37/9
- 8 Mac Donald R, Baken L, Nelson A, Nichol KL. Validation of self-report of influenza and pneumococcal vaccination status in elderly outpatients. *Am J Prev Med* 1999;16(3):173-7.

- 9 Duque SSM, Moreno AP, Hurtado G, Montoya MPA Efectividad de una vacuna antigripal en una población laboral colombiana. *Pan Am J Public Health* 2001; 10(4)
- 10 Nichol KL, Goodman M. Cost effectiveness of influenza vaccination for healthy persons between ages 65 and 74 years. *Vaccine* 2002;20 Suppl 2:S21-4.
- 11 Wang CS, Wang ST, Chou P. Efficacy and cost-effectiveness of influenza vaccination of the elderly in a densely populated and unvaccinated community. *Vaccine* 2002;20(19-20):2494-9.
- 12 Martins RM Breve História das Vacinações. *Farhat CK et al (orgs); Imunizações: fundamentos e prática* Atheneu. São Paulo 2000; 19-36.
- 13 Cintra OAL, A-E Influenza. *Farhat CK et al (orgs); Imunizações: fundamentos e prática*. Atheneu. São Paulo 2000; 495-516.
- 14 Fleming DM, Velden J, Paget WJ. The evolution of influenza surveillance in Europe and prospects for the next 10 years. *Vaccine* 2003;21:1749-53.
- 15 Gutierrez EB et all Effectiveness of Influenza Vaccination in elderly outpatients in São Paulo city, Brasil Ver. *Inst. Med. Trop S. Paulo* 43(6): 317-320. 2001
- 16 Stöhr K. The Global Agenda on Influenza Surveillance and Control. *Vaccine* 2003;21:1744-1748
- 17 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. *J. Pneumol.* 2001; 27 (Supl. 1)
- 18 Liddle BJ, Jennings R. Influenza vaccination in old age. *Age Ageing* 2001;30(5):385-9.
- 19 Faria NMX, Gianisella F.º J. Prevalência de distúrbios respiratórios e avaliação de vacinação contra a gripe em trabalhadores. *Rev. Bras. Epidemiol;* 2002; 5(2): 174-184
- 20 Nichol KL, Mallon KP, Mendelman PM. Cost benefit of influenza vaccination in healthy, working adults: an economic analysis based on the results of a clinical trial of trivalent live attenuated influenza virus vaccine. *Vaccine* 2003;21(17-18):2216-26.

- 21 Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(7):510-6.
- 22 Nichol KL, Nordin J, Mullooly J, Lask R, Fillbrandt K, Iwane M. Influenza vaccination and reduction in hospitalizations for cardiac disease and stroke among the elderly. *N Engl J Med* 2003;348(14):1322-32.
- 23 Evans MR, Watson PA. Why do older people not get immunised against influenza? A community survey. *Vaccine* 2003, 21 2421-2427.
- 24 Halloran ME, Longini IM, Cowart DM, Nizam A. Community interventions and the epidemic prevention potential. *Vaccine* 2002;20(27-28):3254-62.
- 25 Aranda CMS Oportunidades Perdidas. *Farhat CK et al (orgs); Imunizações: fundamentos e prática*. Atheneu. São Paulo 2000; 93-98.
- 26 Nichol KL. The efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of inactivated influenza virus vaccines. *Vaccine* 2003;21(16):1769-75.
- 27 Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1(7696):405-12.
- 28 Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designis for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999, 28(1):10-8.
- 29 Esser MT, Marchese RD, Kierstead LS. Memory T cells and vaccines. *Vaccine* 2003;21(16):419-430.
- 30 Mason JB, Habicht JP, Tabatabai H, Valverde V. Nutritional surveillance. World Health Organization. Geneva. 1984.
- 31 Centro de Controle e Prevenção de Doenças. Prevenção e controle da Influenza: recomendações do Comitê Consultivo em Práticas de Imunizações (ACIP), *MMWR* 2001; 50(N.º RR-4).
- 32 <http://www.funasa.gov.br>

# 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 16 alunos da turma de Mestrado 2003-2004, realizou um estudo transversal de base populacional na população urbana da cidade de Pelotas, RS.

A pesquisa foi realizada em consórcio entre os mestrandos, que compartilharam custos operacionais, planejamento e execução do trabalho de campo.

Foram investigadas, através da aplicação de um questionário estruturado e padronizado, questões de interesse geral e questões específicas, elaboradas pelos mestrandos.

Este documento apresenta o detalhamento das atividades desenvolvidas na investigação.

## 2. Questionários

O questionário utilizado (em anexo) era constituído de 228 questões divididas em quatro blocos:

Bloco A - Aplicado a crianças de ambos sexos, de 3 a 9 anos 11 meses e 29 dias.

Bloco com 28 questões.

Bloco B - Aplicado a adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 19 anos 11 meses e 29 dias. Bloco com 54 questões.

Bloco C - Aplicado a adultos e idosos de ambos os sexos, de 20 anos ou mais.

Bloco com 130 questões.

Bloco D - Bloco domiciliar, com 16 questões, aplicado a apenas um morador, preferencialmente a dona da casa.

### **3. Manual de Instruções**

A confecção do questionário foi acompanhada da elaboração de um Manual de Instruções para orientação das entrevistadoras e supervisores de campo. O Manual abordou orientações gerais sobre as entrevistas, métodos de abordagem dos entrevistados, procedimentos em caso de recusas, entre outros.

O Manual apresentava orientações para a codificação das questões e instruções para a aplicação de cada uma das 228 questões.

### **4. Processo de amostragem**

A cidade de Pelotas possui 323.158 habitantes, de acordo com o Censo 2000. A área urbana da cidade é composta por 409 setores censitários.

O processo de amostragem utilizado para a investigação incluiu dois estágios principais. Foram consideradas unidades amostrais primárias os setores censitários definidos pelo IBGE no censo 2000. Para a seleção foram listados todos os 409 setores censitários urbanos de Pelotas e excluídos 4 setores especiais (presídio, hospitais e outros.). Foram sistematicamente sorteados 144 desses. Estes setores foram estratificados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio para cada setor, de forma a garantir a representatividade em relação à situação econômica.

O segundo estágio constituiu na seleção dos domicílios a serem incluídos na amostra. Cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendesse aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para a prevalência e associação. A partir desses resultados verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos seria de 1400. Este número já levava em conta acréscimos de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Para a seleção foi realizada



a contagem dos domicílios e classificação quanto ao status de ocupação (residência, comércio ou desabitada). Após a exclusão dos domicílios não elegíveis (desabitados, puramente comerciais e casas de veraneio) foram sorteados os domicílios por setor. A previsão era de 10 domicílios em cada um dos setores. O número total de domicílios encontrado no censo demográfico de 2000 foi dividido por 10, de forma a se obter o pulo para a seleção sistemática dos setores. Foi selecionado um número aleatório entre 1 e o pulo de cada setor, utilizando o software Stata 8.0, para definir o primeiro domicílio a ser visitado. Os demais domicílios foram escolhidos acrescentando sempre o pulo identificado a partir das informações do IBGE até o final da listagem de domicílios elegíveis. Foi previsto que alguns setores poderiam ter mais do que 10 domicílios, considerando as incertezas com relação ao status de ocupação.

A previsão foi de uma amostra com 1440 domicílios.

## **5. Reconhecimento dos setores censitários**

Para a implementação do segundo estágio do processo de amostragem (seleção dos domicílios) foi realizado o reconhecimento de cada setor sorteado, pois os dados disponíveis eram referentes à contagem populacional de 2000 do IBGE e, portanto, possivelmente desatualizados.

Para realizar esta tarefa foram contratados 32 indivíduos, com ensino médio completo, que participaram de um treinamento para a contagem e identificação dos domicílios de cada setor, bem como classificação do status de ocupação. A maior parte dos contratados já havia se inscrito para a seleção como entrevistador.

O trabalho realizado foi supervisionado pelos mestrandos, que levaram o pessoal contratado até os setores nos quais realizariam a contagem de domicílios e orientaram o trajeto que deveria ser percorrido. Ao final do trabalho foi realizado controle de qualidade com visita aos setores para conferir as informações. Nas

situações em que foram identificados erros na contagem de domicílios foi solicitado ao pessoal contratado que o reconhecimento fosse refeito.

## **6. Identificação dos domicílios e moradores.**

Após a supervisão do trabalho de reconhecimento dos setores foram identificados os domicílios sorteados, através do procedimento já descrito no item 4.

Os mestrandos visitaram todos os domicílios sob sua supervisão entregando uma carta de apresentação da pesquisa, assinada pelo Professor Coordenador do Mestrado, e explicando como o trabalho seria desenvolvido. A carta continha o telefone do Centro de Pesquisas para que pudesse ser feito contato para maiores esclarecimentos.

Na oportunidade os mestrandos coletaram as informações de número de moradores do domicílio, nome, sexo e idade dos mesmos. A partir destas informações foi preparado o material e fornecidas as orientações aos entrevistadores a respeito dos domicílios que seriam visitados para aplicação dos questionários.

## **7. Recrutamento e seleção de entrevistadoras**

A previsão inicial era de executar o trabalho com 32 entrevistadoras do sexo feminino. Algumas suplentes também seriam treinadas com o objetivo de conferir agilidade na substituição de eventuais afastamentos, evitando a interrupção do trabalho de campo.

A seleção foi divulgada através de contato com pesquisadores que realizaram estudos nos últimos anos, convites ou indicações de mestrandos e cartazes colados em locais estratégicos.

As interessadas preenchem ficha de inscrição na secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

A partir das fichas de inscrição foram selecionadas 96 candidatas do sexo feminino e com nível de escolaridade médio completo para receberem o treinamento. As candidatas preencheram as seguintes exigências:

- disponibilidade de 40 horas semanais e fins de semana, manifestada claramente na ficha de inscrição;
- letra legível;
- indicação de pesquisadores ou trabalho anterior para o centro de pesquisas;
- experiência prévia em pesquisa;
- manifestação de motivação para o trabalho;
- interesse financeiro.

## **8. Treinamento das entrevistadoras**

A etapa final de seleção das entrevistadoras foi o treinamento realizado na semana compreendida pelos dias 20 até 24 de outubro de 2003. A carga horária do treinamento foi de 40 horas.

Em um primeiro momento foram feitas as apresentações entre os mestrandos, coordenação do consórcio e candidatas a entrevistadoras. Posteriormente foi ministrada aula introdutória com os seguintes tópicos:

- histórico 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 ao trabalho de campo
- postura esperada das entrevistadoras
- aspectos específicos da atividade de entrevistadora

Foi fornecido às candidatas o manual de instruções que orientava a aplicação dos questionários.

Em uma segunda etapa os mestrandos encarregados da organização do treinamento realizaram a leitura e esclarecimentos das questões gerais e questionário domiciliar. A seguir cada um dos mestrandos apresentou as suas questões de pesquisa, através de leitura comentada, e esclareceu as dúvidas manifestadas pelas candidatas.

Em um terceiro momento foram realizadas dramatizações simulando situações reais de aplicação dos questionários, tendo como entrevistados convidados familiares de uma mestranda e uma família que aguardava atendimento no ambulatório localizado no prédio do Centro de Pesquisas.

Após as dramatizações foi realizada leitura comentada, em grupos, do manual de instruções. Cada um dos mestrandos coordenou um grupo de 3 a 5 candidatas.

Considerado este momento o fim do treinamento, 77 candidatas estavam aptas à seleção final.

No penúltimo dia de treinamento as candidatas foram submetidas a uma prova teórica sobre os conteúdos desenvolvidos durante a semana.

No último dia do treinamento foram realizadas visitas domiciliares para aplicação dos questionários, sob a supervisão dos mestrandos. As candidatas foram avaliadas pelos mestrandos, que aprovaram ou reprovaram as mesmas. Esta avaliação, em conjunto com a nota da prova escrita, determinou a classificação final das candidatas.

## **9. Estudo Pré-Piloto**

Com o objetivo de verificar a aplicabilidade das questões, seu entendimento e para estimar algumas prevalências relacionadas a temas do consórcio, foi realizado um estudo pré-piloto durante o mês de julho de 2003. Os questionários foram aplicados pelos próprios mestrandos em domicílios de um setor censitários

localizado em área próxima ao Centro de Pesquisas, e que não foi sorteado para compor a amostra.

## **10. Estudo Piloto**

O estudo piloto foi conduzido como parte final do processo de seleção e treinamento das entrevistadoras. Foi escolhido, para a aplicação do piloto, um setor censitário que não integrava o rol de setores da amostra. Cada mestrando foi a campo com um grupo de candidatas e as avaliou durante a realização das entrevistas. Foram entrevistados, por todas as candidatas, pelo menos um indivíduo de cada faixa etária pesquisada (crianças, adolescentes e adultos). A partir deste piloto ainda foram realizados ajustes nos questionários.

## **11. Logística do Trabalho de Campo**

### **11.1 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre 30 de outubro e 19 de dezembro de 2003. Houve divulgação da pesquisa em meios de comunicação (jornal e rádio).

Foram visitados os domicílios definidos pelos mestrandos e que haviam recebido a carta do Centro de Pesquisas em todos os 144 setores censitários sorteados para a amostra.

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 sobre a pesquisa.

Além disto levavam uma bolsa, fornecida pelo consórcio, com o material necessário para coleta de dados, inclusive mensuração de peso e altura em adolescentes.

As entrevistadoras foram orientadas a codificar os questionários ao final de cada dia de trabalho. Foi programada uma reunião semanal de cada entrevistadora com seu supervisor, conforme escala de plantões previamente definida. Nestas reuniões eram abordadas dúvidas na codificação de variáveis,

nas respostas ao questionário e na logística do estudo. Era reforçado o uso do manual de instruções, verificação do seguimento rigoroso da metodologia de pesquisa e controle das planilhas de conglomerado e domiciliar. Nas reuniões eram entregues aos supervisores os questionários já aplicados e codificados.

As atividades do consórcio de pesquisa foram centralizadas em uma sala exclusivamente destinada para tal, onde era armazenados o material destinado à pesquisa e os questionários entregues pelas entrevistadoras. Foram contratados uma secretária de pesquisa e dois digitadores.

Durante todo o período de trabalho de campo foram realizadas reuniões semanais entre o grupo de mestrandos e a coordenação do consórcio. Estas reuniões tinham o objetivo de avaliar o andamento do trabalho de campo e compartilhar dúvidas sobre a aplicação dos questionários, situações de perdas, recusas e outras. Foi elaborada memória das reuniões para registrar as decisões tomadas pelo grupo (exemplo em anexo). Além da escala de plantões de final de semana foram divididas as tarefas entre os mestrandos da seguinte forma:

1) Felipe e Marcelo: Banco de dados e *validate*

Tarefa: Criar o banco de dados geral, o banco de dados do controle de qualidade e realizar todos os *validates* semanalmente. Depois, construir o banco final e distribuir aos colegas.

2) Mario e Giancarlo: Etiquetas

Tarefa: Responsabilizarem-se pela impressão de etiquetas durante todo o trabalho de campo, confecção de novas etiquetas e controle da distribuição.

3) Gicele: Banco de dados de recusas

Tarefa: Criar um banco de dados com perdas, recusas e exclusões com atualização semanal.

4) Denise e Fernando: Controle de Produtividade das Entrevistadoras

Tarefa: Semanalmente, criar gráficos e tabelas com o andamento do trabalho de campo, por entrevistadora, por setor, por mestrando, quanto falta, estimativa de tempo, etc.

5) Carmem e Celene: Controle de Produtividade do Controle de Qualidade

Tarefa: Idem acima sobre o controle de qualidade. Cobrança dos colegas do prazo máximo de 14 dias.

6) Vera e Arnildo: Controle de qualidade das revisões

Tarefa: Falar com os digitadores semanalmente, anotar tudo o que passou de errado para a digitação e cobrar dos mestrandos e entrevistadores.

7) Anelise: Secretariado

Tarefa: Fazer ata resumida de todas as reuniões e decisões tomadas pela turma.

8) Maria Aparecida: Tesouraria

9) Maria Alice: Demissões e Contratações

10) Luciane e Irineo: Impressões e xerox

Tarefa: Imprimir os questionários restantes de controle de qualidade (em anexo - mais 350 cópias). Imprimir e xerocar tudo que for necessário durante o campo.

## 11.2 Controle de Qualidade

A qualidade dos dados coletados foi assegurada por um conjunto de medidas adotadas antes do início do campo. Entre estas medidas estavam a seleção cuidadosa das entrevistadoras, o treinamento teórico-prático intensivo, a testagem prévia dos questionários padronizados (estudo piloto) e o acompanhamento permanente dos supervisores durante o trabalho de campo.

### 11.3 Controle de qualidade das entrevistas.

Foram adotados critérios para as reentrevistas que incluíam a utilização de um questionário padronizado, composto de uma pergunta de cada mestrando, e algumas perguntas do questionário de domicílio. O controle de qualidade foi aplicado a 10% dos entrevistados pelos supervisores de campo (mestrandos). A aplicação ocorreu até 15 dias depois da aplicação do questionário completo pela entrevistadora.

Será verificado o coeficiente de concordância Kappa entre as perguntas realizadas pelas entrevistadoras e pelos mestrandos supervisores de campo.

### 11.4 Digitação e processamento dos dados

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

Ao contrário do consórcio anterior, onde a verificação das inconsistências foi sendo realizada ainda durante o trabalho de campo, a verificação das inconsistências foi realizada após o término da digitação. Cada mestrando elaborou suas questões e digitou os comandos de inconsistências em arquivo dta do pacote estatístico Stata 8. Os comandos foram rodados em reunião dos mestrandos realizada no mês de janeiro de 2004. Os mestrandos posteriormente realizaram buscas nos questionários e indicaram as correções necessárias. Face ao tempo decorrido entre a entrevista e a análise de inconsistência não foi possível o retorno aos domicílios para refazer perguntas.

## **10. Perdas e recusas**

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



As principais razões de perdas e recusas foram a recusa clássica (indivíduos que se negaram a responder por opção pessoal) e a ausência do domicílio durante o período em que se desenvolveu a pesquisa (viagens e temporada de trabalho fora do município).

O percentual de perdas e recusas, considerando o conjunto de 4500 indivíduos identificados na amostra foi de 3,5%. O percentual foi diferente entre os sexos: 4,5% entre os homens e 2,8% entre as mulheres. O percentual de exclusões foi de 1,3%.

No Bloco A a amostra final foi de 580 crianças de 3 a 9 anos e o percentual de perdas e recusas 1,55%. O Bloco B, aplicado em adolescentes de 10 a 19 anos, obteve uma amostra de 820 indivíduos e um percentual de perdas de 1,95%. O Bloco C, aplicado em adultos de 20 anos ou mais, teve uma amostra de 3100 indivíduos e o maior percentual de perdas entre todos os segmentos: 3,68%.

As exclusões obedeceram aos critérios previamente estabelecidos – doença mental e existência de problemas físicos graves.

## **11. Padronização dos dados**

Será realizado um fechamento dos dados comuns aos mestrados através de uma padronização das informações.

## **12. Orçamento**

O total das despesas do consórcio foi de 42.662,20 reais, financiados em parte pelo Ministério da Educação e em parte pelos mestrados. As despesas e fonte de recursos estão apontadas nas tabelas abaixo.

Tabela de despesas do consórcio de pesquisa 2003

<b>Itens</b>	<b>Valor em reais (R\$)</b>
Material de escritório (lápiz, canetas, pincéis atômicos, borrachas, pranchetas, bolsas para carregar balanças e questionários, cartuchos de tinta para impressoras, etiquetas)	958,20
Impressão dos questionários (gráfica)	2.767,00
Recursos humanos (batedoras, entrevistadoras, digitadores e secretária)	27.727,00
Vales transporte (6.700)	8.710,00
Folhas de papel (90.000)	2.500,00
<b>Total</b>	<b>42.662,20</b>

Tabela da origem dos recursos do consórcio de pesquisa 2003

<b>Origem</b>	<b>Valor em reais (R\$)</b>
PROAP (Ministério da Educação)	29.000,00
Mestrandos	14.000,00
<b>Total</b>	<b>43.000,00</b>

### 13. Cronograma da Pesquisa

ATIVIDADE	2003			2004					
	Julho	Agosto	Setem	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Março
Confecção do questionário	X	X	X						
Confecção do manual de instrução	X	X	X						
Pré-piloto	X								
Processo de amostragem			X						
Reconhecimento dos setores sorteados				X					
Seleção das entrevistadoras				X					
Treinamento				X					
Piloto				X					
Coleta de dados				X	X	X			
Digitação					X	X	X		
Controle de qualidade					X	X			
Análise de inconsistências								X	X
Padronização dos dados									X

## **MODIFICAÇÕES REALIZADAS NO PROJETO ORIGINAL**

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

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

Foi revisto o modelo de análise proposto para a regressão multivariada, tendo sido acrescentadas ao primeiro nível (distal) as variáveis situação conjugal e nível social ANEP. Ao segundo nível (intermediário) foi acrescentada a variável percepção de saúde e ao terceiro nível (proximal) a realização da vacina no ano de 2002. Todas as variáveis acrescentadas ao modelo já haviam sido descritas no item 4.6.2 do projeto original.

# ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

## COBERTURA E FOCO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS INFLUENZA.

### ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

#### **Autores:**

Anelise Breier

Luiz Augusto Facchini

**Revista a ser enviado:**

Revista de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

**Instituição:**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Faculdade de Medicina –

Universidade Federal de Pelotas – Av. Duque de Caxias, 250. 3º piso.

Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96030-000

Fone: + 55-53-2712645. Fax: + 55-532712645

**Contato:**

Anelise Breier

General João Telles 218 – 41. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP:90035-120

Fone: +55-51-33111716

E-mail: [ane.breier@via-rs.net](mailto:ane.breier@via-rs.net)

## **RESUMO**

**Objetivos:** Determinar a cobertura e o foco da campanha de vacinação contra o vírus influenza (vírus da gripe), bem como seus determinantes, em uma amostra de base populacional no Brasil.

**Método:** Estudo transversal com amostragem por conglomerados, realizado com 3100 adultos com 20 anos ou mais. Na faixa etária de 60 anos ou mais foram entrevistados 523 adultos. Coletou-se informação sobre variáveis sociais, demográficas, comportamentais, conhecimento e adesão à campanha de vacinação.

**Resultados:** A cobertura vacinal para o conjunto dos adultos foi de 17,9% (IC 95% 16,6-19,3), sendo de 10,3% (IC 95% 9,1-11,5) na faixa etária de 20 a 59 anos e de 55,7% (IC 95% 51,5-60,0) na faixa etária de 60 anos ou mais, população alvo da Campanha Nacional. O foco da campanha também foi estudado: de 550 vacinas aplicadas somente 52,4% foram na faixa etária de 60 anos ou mais. Quando consideradas somente as vacinas aplicadas no Sistema Único de Saúde o foco foi de 65,7%. Os níveis de cobertura vacinal no ano de 2003, na população alvo da Campanha, foram mais baixos entre os adultos de 60 a 64 anos (45,5%); entre os fumantes (40,0%); entre os que consideram sua saúde excelente (26,7%) e entre os que não se vacinaram no ano anterior (14,2%).

**Conclusões:** Os percentuais de cobertura encontrados são semelhantes aos de outros estudos internacionais e não atingiram a meta proposta pelo Ministério da Saúde para os adultos não institucionalizados. O foco encontrado é baixo, sugerindo que ainda devem ser empreendidos maiores esforços para atingir a população que realmente se beneficiaria desta política pública.

**Descritores:** Vacina Contra Influenza, Influenza, Prevenção Primária, Equidade em Cobertura, Estudos Transversais, Epidemiologia.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To determine the coverage and the focus of a vaccination campaign against the influenza virus (the flu virus), as well as its determinants in a population sample in Brazil.

**Method:** Cross-sectional study with conglomerate sampling carried out with 3,100 adults aged 20 or more. 523 adults in the age bracket 60 or older were interviewed. Data was collected on social, demographic and behavioral variables, on knowledge about and adherence to the campaign.

**Results:** For the adults aged 20 or older the vaccination coverage was 17.9% (CI 95% 16,6-19,3) and in the age bracket 20 to 59, 10.3% (CI 95% 9,1-11,5). Among adults 60 or older, the target population of the national campaign, coverage was 55.7% (CI 95% 51,5-60,0). The focus of the campaign was also studied: of 550 vaccines applied, only 52.4% were for the age bracket 60 or older. When only taking into account the vaccines applied in the state health system (*Sistema Único de Saúde*), the focus comprised 65.7%. The vaccination coverage levels in 2003 within the target population of the campaign were lower among adults aged 60 to 64 (45.5%), smokers (40.0%), those who considered their health excellent (26.7%) and those who were not vaccinated in the previous year (14.2%).

**Conclusions:** The coverage rates observed are similar to the ones determined in other international studies and indicate that the campaign did not meet the target set by the Ministry of Health for non-institutionalized adults. The focus was found to be low, suggesting that greater efforts must still be undertaken to reach the population that would truly benefit from this public policy.

**Keywords:** Influenza Vaccine, Influenza, Primary Prevention, Cross-Sectional Studies, Epidemiology.



## INTRODUÇÃO

A gripe ou influenza é uma doença viral que atinge o aparelho respiratório e tem como principais sinais e sintomas febre alta, mialgia, tosse, coriza, fotofobia e congestão da conjuntiva. A infecção pelo vírus influenza está associada a complicações pulmonares, cardiovasculares e de outros órgãos, que podem ser decorrentes do próprio vírus ou de infecção bacteriana secundária. A gripe e suas complicações apresentam elevada morbidade e mortalidade, e são responsáveis por aumentar o número de dias de afastamento do trabalho e demandar grande número de consultas médicas e internações hospitalares, ocasionando significativo impacto para a economia mundial e ampliando os gastos com saúde (4). Nos períodos epidêmicos a gripe atinge de 5 a 30% da população (2).

Em 1933 foi isolado o vírus influenza tipo A, que recebeu a classificação de Orthomyxoviridae, tendo como material genético o RNA. Os tipos B e C foram isolados em 1939 e 1950 respectivamente (4).

O vírus influenza apresenta grande variabilidade antigênica, o que permite a ocorrência de surtos periódicos (epidemias), geralmente anuais, e pandemias a cada 10-30 anos. As epidemias são o resultado de pequenas modificações dentro de um subtipo do vírus A ou B (antigenic drift) e as pandemias são mutações maiores, quando um novo segmento de material genético promove a síntese de uma nova glicoproteína de envoltório (antigenic shift). Quando ocorre a antigenic shift, provavelmente por recombinação genética de vírus que infectam humanos e aves, a população não dispõe de imunidade para o novo vírus e ocorrem pandemias como a de 1918, que ficou conhecida como Gripe Espanhola, cuja mortalidade foi estimada em vinte milhões de pessoas no mundo. A partir dos

recentes estudos de monitoramento da gripe aviária ficou evidenciado que algumas cepas dispunham de capacidade para infectar diretamente os humanos sem utilizar intermediários como os suínos. Estas infecções apresentaram alta letalidade e apontam para a possibilidade de recombinação direta de vírus de influenza aviária e humana, aumentando as oportunidades de surgimento de um novo subtipo de influenza, com potencial pandêmico (4, 13, 14).

Em 1999 o Brasil implantou a primeira campanha de vacinação contra a gripe, utilizando vacina inativada trivalente. A população alvo são os idosos a partir dos 60 anos. A eficácia da vacina é de 30 a 60% nos idosos e 70 a 90% nas demais faixas (2, 4, 11).

Estudos com diferentes delineamentos evidenciam a efetividade de campanhas de vacinação contra o vírus influenza (8). Nos Estados Unidos da América (EUA) foi analisada a associação entre a realização da vacina contra o vírus influenza, em dois estudos de coorte, e a morbidade e mortalidade de indivíduos não institucionalizados com 65 anos ou mais. A primeira coorte (1998-1999) apresentava uma cobertura vacinal de 55,5%, e a segunda coorte (1999-2000) de 59,7%. A vacinação se mostrou associada à diminuição do risco de hospitalização por doença cardíaca; por doença cerebrovascular e por pneumonia nas duas coortes. A redução no risco de óbito, considerando todas as causas, foi de 48% na primeira coorte e 50% na segunda (12).

Estudo transversal com amostra representativa da população com 65 anos ou mais, não institucionalizada, de todas as Comunidades Autônomas da Espanha foi realizado em 1997 pelo Ministério da Saúde. A amostra foi composta por 1.148 indivíduos e a cobertura vacinal informada de 51,3%. As variáveis escolaridade

(15 ou mais anos), percepção de saúde (boa ou muito boa), idade (70 anos ou mais), sexo (masculino), doença crônica (ser portador), fumo (não fumar), tamanho do município (menores 10.001 habitantes) e consultas médicas (nas últimas três semanas) se mostraram associadas à realização da vacina depois de submetidas à análise multivariada com regressão logística (14).

Ainda não é conhecida a cobertura vacinal para adultos com 60 anos ou mais em municípios brasileiros. O Ministério da Saúde do Brasil disponibiliza apenas a informação do número de doses aplicadas nos estados e municípios nas faixas etárias de 60 a 64 anos e 65 anos ou mais \*. Considerando a necessidade de obter informações epidemiológicas para avaliação desta política pública, torna-se oportuna a realização de estudos transversais de base populacional, pois os mesmos são de baixo custo, metodologicamente adequados para medir cobertura vacinal, permitem colher informações sobre o perfil e motivações dos adultos que não aderiram às campanhas de vacinação e estudar os fatores associados à vacinação.

---

\* Consultado o *site* URL: <<http://www.datasus.gov.br/>>

## MÉTODOS

O presente estudo é parte de uma pesquisa epidemiológica realizada pelos alunos do curso de mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, tendo sido desenvolvido sob a forma de consórcio, compartilhando planejamento, execução e custos operacionais do trabalho de campo. Os dados foram coletados em um único questionário, contendo questões gerais (socioeconômicas, demográficas e comportamentais) e questões específicas, elaboradas a partir dos projetos de cada um dos alunos. A coleta foi realizada de outubro a dezembro de 2003.

O delineamento do estudo é transversal de base populacional e foi realizado na área urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. A cidade possuía, no censo de 2000, 323.158 habitantes, dos quais 93,2% (301.081) residiam na área urbana. O número de habitantes com 60 anos ou mais era de 38.281 no ano de 2000\*. A população elegível para o estudo foi adultos, com 20 anos ou mais, não institucionalizados em asilos, hospitais e outros, e que não apresentavam déficit cognitivo que impedisse responder ao questionário.

O estudo investigou o conhecimento da vacina, a cobertura, o foco e as variáveis preditoras da participação na campanha de vacina contra o vírus influenza no ano de 2003.

O foco da campanha representa a proporção, das vacinas aplicadas, dentre aquelas que eram necessárias em função da faixa etária (60 anos ou mais), de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

As análises de determinantes da cobertura vacinal foram realizadas com toda a amostra, pressupondo que aqueles que não conhecem a vacina não teriam

recebido a vacina. Para estimar uma prevalência de 55% de não realização da vacina, com erro aceitável de cinco pontos percentuais, incluindo um acréscimo de 10% para não respondentes, com um efeito de delineamento de 1,3, chegou-se a uma amostra de 1358 domicílios e 543 indivíduos de 60 anos ou mais. Os cálculos para estudar a associação entre o desfecho em estudo e as variáveis explanatórias, na mesma faixa etária, foram realizados para a menor prevalência de exposição sob estudo, 14% de tabagismo, razão de prevalências de 1,5, estimativa de não realização da vacina entre os não expostos de 47%, efeito de delineamento de 1,3 e acréscimo de 10% para não respostas e 15% para controle de fatores de confusão, chegando a um total de 516 indivíduos, com poder igual a 80% e nível de confiança de 95%.

O processo de amostragem utilizado para a investigação incluiu dois estágios principais. Foram consideradas unidades amostrais primárias os setores censitários definidos pelo IBGE no censo 2000. Foram sistematicamente sorteados 144 setores, estratificados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio para cada setor. O segundo estágio constituiu na seleção dos domicílios a serem incluídos na amostra. Para a seleção foi realizada a contagem dos domicílios e classificação quanto ao status de ocupação. Após a exclusão dos domicílios não elegíveis (desabitados, puramente comerciais e casas de veraneio) foram sorteados 10 domicílios por setor.

O instrumento de coleta de dados (questionário) foi testado em um estudo piloto, realizado em um setor censitário não incluído na amostra. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas domiciliares por entrevistadoras contratadas, com nível médio de escolaridade completo (11 anos) e idade de 18

anos ou mais. Aqueles que se recusaram a participar da pesquisa, ou não se encontravam no domicílio no momento da visita, foram procurados até três vezes, sendo a última visita realizada pelo supervisor do trabalho de campo.

O controle de qualidade das entrevistas foi realizado aleatoriamente em 10% da amostra, através de um questionário reduzido, e a aplicação foi efetuada pelos próprios pesquisadores. Foi testada a repetibilidade da questão sobre gripe no ano de 2003, resultando em uma estatística Kappa 0,61, com concordância de 87,88%.

As análises estatísticas foram realizadas para a faixa etária de 60 anos ou mais, população alvo da campanha no Brasil. O efeito de delineamento devido à amostragem por conglomerados foi 1,15. As análises bi e multivariada foram realizadas através da regressão de Poisson considerando o efeito de delineamento (utilizando comando svy, opção variância robusta, do pacote estatístico Stata 8). A escolha da regressão de Poisson foi motivada pelos altos níveis de cobertura na faixa etária de 60 anos ou mais, pois as razões de odds estimadas através da regressão logística superestimam as razões de prevalência (1).

A análise multivariada foi conduzida com base em um modelo conceitual de análise (15), dividido em três níveis de determinação. O nível mais distal foi composto pelas variáveis sexo (masculino e feminino), idade (em anos completos), cor da pele (branca ou parda/negra observada pelo entrevistador), escolaridade (em anos completos com aprovação), situação conjugal (casado ou

---

em união consensual, solteiro, separado, viúvo) e Nível Econômico (A até E). A variável Nível Econômico baseia-se no Critério de Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) e é composto pela posse de itens de consumo, grau de instrução do chefe da família e presença de empregado doméstico mensalista no domicílio. O nível intermediário foi composto pelas variáveis percepção de saúde (cinco níveis), tabagismo (fumante atual, ex-fumante, não fumante) e presença de doenças crônicas. Para a análise da associação entre realização da vacina e presença de doenças crônicas (relato de diagnóstico médico) foi construída uma variável que agrupou diabetes melitus, doença cardiovascular, doença pulmonar crônica, doença renal crônica e câncer, e classificou em ausência de doença crônica, presença de pelo menos uma doença e presença de duas ou mais doenças. O nível proximal incluiu as variáveis hospitalizações no último ano, realização da vacina contra o vírus influenza no ano de 2002 e visita aos serviços de saúde no período da campanha de vacinas (não, sim-serviço particular ou convênio, sim-Sistema Único de Saúde). A análise realizada ajusta o efeito de cada preditor para as variáveis do mesmo nível e de níveis superiores no modelo de análise. Variáveis que apresentaram na análise bivariada valor p menor do que 0,20 foram mantidas no modelo para controle de fatores de confusão.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e o sigilo dos dados individuais foi garantido. As entrevistas foram realizadas após consentimento verbal dos entrevistados, sendo garantido o direito à recusa ou não participação no estudo. O estudo é considerado de risco mínimo por envolver apenas entrevistas.

## RESULTADOS

A amostra de adultos, com vinte anos ou mais, constituiu-se de 3100 indivíduos encontrados nos 1530 domicílios visitados. Na faixa etária de 20 a 59 anos o número de indivíduos foi de 2577, e na faixa de 60 anos ou mais de 523. Para o conjunto da amostra houve 3,5% de recusas sendo 4,5% para o sexo masculino e 2,8% para o sexo feminino. O percentual de exclusões foi de 1,3%.

A tabela 1 mostra a distribuição dos adultos conforme o conhecimento e a realização da vacina contra o vírus influenza. A cobertura vacinal no ano de 2003 foi de 17,9% (IC 95% 16,6-19,3). Na faixa etária de 20 a 59 anos, a cobertura foi de 10,3% (IC 95% 9,1-11,5) e a partir dos 60 anos de 55,7% (IC 95% 51,5 – 60,0). A prevalência de gripe no último ano, com presença de febre elevada, para o conjunto da amostra, foi de 18,1% (IC 95% 16,7-19,4), e para o estrato de 60 anos ou mais 14,4% (IC 95% 11,4 – 17,4).

Entre os indivíduos de 20 anos ou mais, 90,1% referiram conhecer a vacina, mas somente 66,2% destes informaram corretamente a periodicidade anual. Dentre aqueles que informaram que conheciam a vacina, 74,7% obtiveram a informação através dos meios de comunicação. Na faixa etária de 60 anos ou mais o conhecimento da vacina é de 95,2% e 81,1% dos que conhecem a vacina informaram que a periodicidade é anual. Quanto ao local de realização da vacina 73,9% utilizou os serviços do Sistema Único de Saúde. Na faixa etária de 20 a 59 anos, 22,2% das vacinas foram realizadas no local de trabalho. A partir dos 60 anos 91,7% dos entrevistados informaram ter realizado a vacina nos serviços do Sistema Único de Saúde. No mesmo grupo etário aproximadamente a metade da



amostra (49,4%) informou ter recebido a vacina nos anos de 2002 e 2003 e 38,1% não recebeu nenhuma dose.

Para a faixa etária de 60 anos ou mais 27,8% apontaram como motivo para não fazer a vacina que quase nunca tem gripe. O segundo motivo apontado foi que a vacina pode causar a gripe (22,0%). Para 8,8% dos entrevistados o motivo foi acreditar que a vacina não faz efeito.

As doenças crônicas com maior número de referências em todas as faixas etárias foram as cardíacas e o diabetes melitus. A prevalência informada de diagnóstico médico de doenças cardíacas foi 31,9% para a faixa de 60 anos ou mais, e de diabetes 13,8%.

A tabela 2 apresenta a prevalência de não realização da vacina conforme variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde para o estrato de 60 anos ou mais. Os adultos do sexo feminino, de cor branca e nível socioeconômico mais elevado apresentam menor prevalência de não realização da vacina, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. Foi observada diminuição importante na prevalência de não realização da vacina a partir dos 65 anos. Na faixa de 70 a 79 anos é encontrada a maior cobertura vacinal. Os idosos que não cursaram nenhum ano apresentaram a menor cobertura, mas não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa.

Quatro em cada dez entrevistados refere pelo menos uma das doenças pesquisadas. As maiores coberturas vacinais estão entre os que referiram ser portador de uma ou mais das doenças pesquisadas, e foi estatisticamente significativa a análise para tendência linear. Nos adultos com 60 anos ou mais 30,3% dos que estiveram em serviços de saúde do SUS não receberam a vacina

e 25,9% dos que informaram diagnóstico médico de pelo menos uma das doenças crônicas pesquisadas não receberam a vacina em 2003.

A hospitalização no último ano foi de 8,9% para o conjunto da amostra (dados não apresentados em tabela) e 14,0% na faixa etária de 60 anos ou mais.

A percepção de saúde regular ou ruim foi referida por 47,0% dos entrevistados, e aqueles que consideram sua saúde excelente apresentaram as menores coberturas vacinais. A prevalência de fumo atual é 13,6%, com 20,3% para o sexo masculino e 9,2% para o feminino (dados não apresentados na tabela), e os fumantes apresentam as menores coberturas vacinais. As menores prevalências de não realização da vacina estão entre os que receberam uma dose no ano anterior.

A tabela 3 apresenta o resultado da análise bruta e ajustada para associação entre a não realização da vacina no ano de 2003 e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Na análise bruta não houve associação entre a realização da vacina e as variáveis sexo, cor da pele, hospitalização no último ano, nível econômico e escolaridade, que não foram levadas para a análise ajustada.

A variável situação conjugal não foi significativa nas análises bruta e ajustada e o risco de não receber a vacina foi 58% para os solteiros. A variável doenças crônicas perdeu a significância estatística após o ajuste. O risco de não receber vacina foi de 26% para os idosos que não estiveram nos serviços de saúde de abril a agosto de 2003, mas perdeu a significância após o ajuste.

As variáveis idade, percepção de saúde, tabagismo e realização de vacina em 2002 mantiveram a significância estatística após o ajuste. Foi observado um

risco de 44% para não realização da vacina no estrato de 60 a 64 anos e um risco de 59% quando a percepção de saúde informada foi excelente. Os fumantes atuais apresentaram um risco de 56% para a não realização da vacina. A realização da vacina em 2002 manteve a magnitude dos efeitos sobre a realização da vacina em 2003 e a não realização da vacina em 2003 foi cerca de 7 vezes maior para os que não haviam recebido a dose de vacina no ano anterior.

A tabela 4 mostra o foco da campanha de vacinas conforme o nível social ANEP, evidenciando que aproximadamente a metade das vacinas realizadas foram desnecessárias. Existe uma tendência de aumento do foco inversamente proporcional ao nível social. O foco foi analisado separadamente para os adultos que utilizaram os serviços do SUS e outros (serviços privados ou locais de trabalho), sendo igual a 65,7% e 23,1% respectivamente.

## **DISCUSSÃO**

Dentre as estratégias metodológicas do presente estudo, destaca-se a representatividade da amostra em relação à população da área urbana do município, o baixo percentual de perdas e recusas e a similaridade na distribuição de variáveis demográficas e socioeconômicas com os dados censitários do município.

Estudo realizado nos EUA revelou elevada acurácia para aplicação de questionário sobre a realização da vacina contra influenza (10).

A exclusão de adultos institucionalizados, que não foram objeto deste estudo, pode comprometer o cálculo da cobertura vacinal para o conjunto da população do município, pois a Secretaria Municipal de Saúde aplica vacinas em

clínicas de idosos. Pode ocorrer viés de memória na informação colhida a respeito de gripe no último ano.

No quinto ano da campanha de vacinação no Brasil apenas 77,8% da população alvo conhece a vacina e a periodicidade com que deve ser aplicada, e a meta mínima de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde (70%) não foi atingida para os indivíduos não institucionalizados. Nos EUA, para 65 anos ou mais, na estação de inverno 2001-2002, a cobertura vacinal foi de 66% (3). No presente estudo, para adultos com 65 anos ou mais, a cobertura foi de 59,7%.

Aproximadamente 40% da população alvo não participou das duas campanhas pesquisadas. A faixa de 60 a 64 anos apresentou a menor cobertura nas duas campanhas, assim como os que não freqüentaram serviços de saúde e os que declararam não ter diagnóstico médico de doenças crônicas. A partir dos 60 anos apenas 11% dos que receberam a vacina em 2002 não receberam dose em 2003. Estes resultados apontam para um pequeno percentual de abandono desta prática preventiva na população-alvo, o que pode ser divulgado e reforçado nas campanhas anuais.

Mais de 70% dos adultos informou ter tomado conhecimento da campanha de 2003 através dos meios de comunicação. Na população alvo a consulta médica (ou serviço de saúde) foi apontada como a segunda fonte de informação sobre a campanha, embora com percentual de apenas 11,7%. Para o grupo etário de 60 anos ou mais 30% dos adultos que estiveram em serviços de saúde nos meses de outono e início do inverno não receberam a vacina, sugerindo um elevado número de oportunidades perdidas na campanha de 2003.

O Sistema Único de Saúde aplicou a maior parte das vacinas, especialmente no grupo etário de 60 anos ou mais (91,7%), apontando para o importante papel do setor público de saúde na implantação desta política. No grupo etário de 20 a 59 anos 22,2% dos adultos receberam as vacinas nos locais de trabalho, sendo 10,9% no setor público e 11,3% em empresas privadas (dados não apresentados em tabela). Estudos com diferentes desenhos apontaram para uma diminuição de até 30% dos dias de afastamento do trabalho por gripe. No entanto, revisão sistemática de 25 ensaios clínicos com adultos saudáveis (14 a 60 anos), concluiu que as vacinas são eficazes para a redução de casos sorologicamente confirmados de influenza, mas não para a redução dos casos clínicos e do número de dias de afastamento do trabalho (5). Possivelmente a não redução dos casos clínicos ocorra pela infecção por outros vírus que ocasionam uma clínica semelhante ou por diferenças entre os tipos de vírus que circularam e a composição da vacina. Portanto, não se justifica o investimento em programas universais de vacinas para adultos saudáveis. Apenas 19,7% dos adultos de 20 a 59 anos que fizeram a vacina no Sistema Único de Saúde relatou diagnóstico médico de pelo menos uma patologia crônica.

Os principais motivos informados para a não realização da vacina são semelhantes aos achados de outros estudos, e apontam para menores coberturas vacinais associadas a questionamentos a respeito da eficácia e segurança da vacina e à boa percepção de saúde (6).

A composição da vacina nos anos de 2002 e 2003, bem como os vírus identificados nos sítios sentinela do Rio Grande do Sul naqueles anos, são apresentados na Figura 1\*. Foi pequeno o número de amostras analisadas, pois pertencem apenas a serviços sentinela. O diagnóstico laboratorial foi realizado no Brasil e confirmado pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) em Atlanta (EUA).

No ano de 2003 o vírus A/Panamá/2007/99 (H3N2) circulou no Estado e integrava a composição da vacina utilizada naquela campanha. O vírus B/Hong Kong/330/2001 (2002) passou a integrar a vacina do ano seguinte.

Quando calculado o foco da campanha os resultados encontrados demonstram que apenas a metade das vacinas aplicadas era efetivamente necessária, e o foco está inversamente relacionado ao nível econômico. Quando são analisadas as vacinas aplicadas nos serviços do Sistema Único de Saúde o foco aumenta para 65,7, e aproximadamente 3 em cada 4 vacinas aplicadas foram necessárias. O total de vacinas aplicadas seria suficiente para alcançar uma cobertura superior a 100% da população de idosos na cidade de Pelotas. Quando computadas somente as vacinas aplicadas no sistema público (não incluindo as empresas públicas), a cobertura seria de 77,2% da população alvo, atingindo a meta proposta pelo Ministério da Saúde.

Ainda foi verificado que 37,7% dos adultos com 60 anos ou mais que relataram uma ou mais doenças crônicas não recebeu vacina em 2003 e 31,8% não recebeu a vacina nos anos de 2002 e 2003.

---

\* Comunicação pessoal obtida de profissionais que atuam no Ministério da saúde através do e-mail [gripe@saude.gov.br](mailto:gripe@saude.gov.br)

Quando são consideradas justificadas as vacinas aplicadas em adultos menores de 60 anos com pelo menos uma doença crônica, o foco aumenta para 72,8% no Sistema Único de Saúde (dados não apresentados em tabela). Mesmo utilizando o cálculo mais conservador 30% das vacinas aplicadas não foram necessárias. Estudo ecológico de séries temporais sobre impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos aponta para uma tendência de declínio dos indicadores de mortalidade nos anos subsequentes às campanhas anuais de vacinação no Estado de São Paulo (7).

No presente estudo não foram estatisticamente significativas as diferenças de cobertura vacinal entre nível socioeconômico, raça/etnia e sexo, não tendo sido evidenciadas desigualdades na utilização dos serviços de saúde verificadas na vacinação contra influenza em outros países (3, 9). Estes resultados podem ser atribuídos, pelo menos em parte, ao Sistema Único de Saúde que prevê acesso universal e gratuito a todos os cidadãos do país, proporcionando as condições para a adequada implementação de campanhas de vacinação em massa.

Aqueles que consideram sua saúde excelente apresentam a menor cobertura vacinal. Os fumantes atuais também apresentam menor cobertura, resultado semelhante aos achados de outros estudos que evidenciaram a baixa adesão dos tabagistas a programas e campanhas de prevenção (14).

Os achados do presente estudo revelam que ainda não foram empreendidos os esforços necessários para atingir a população não institucionalizada que efetivamente se beneficia desta política pública.

---

É importante assinalar que a melhoria do foco da campanha deve proporcionar maior impacto na redução das hospitalizações e óbitos decorrentes das infecções por influenza na faixa etária de 60 anos ou mais.

A disseminação de informações a respeito da segurança da vacina, da sua eficácia e da importância e magnitude das complicações decorrentes da gripe, particularmente para os portadores de doenças crônicas, deve ser um objetivo a ser perseguido quando elaboradas as campanhas veiculadas nos meios de comunicação. Estas campanhas também devem buscar uma abordagem específica aos grupos que apresentam as menores coberturas: os fumantes atuais; os que consideram sua saúde excelente; a faixa etária de 60 a 64 anos e os indivíduos que não fizeram vacina no último ano. Ações educativas dirigidas aos profissionais de saúde a respeito da importância desta política preventiva também podem ser úteis para aumentar a cobertura e o foco e reduzir as oportunidades perdidas.



## Referências Bibliográficas.

1. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3:21
2. Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, *Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53(RR06); 1-40.
4. Cintra OAL, A-E Influenza. *Farhat CK et al (orgs); Imunizações: fundamentos e prática*. Atheneu. São Paulo 2000; 495-516.
5. Demicheli V, Rivetti D, Deeks J, Jefferson T. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 3:CD001269
6. Evans MR, Watson PA. Why do older people not get immunised against influenza? A community survey. *Vaccine* 2003, 21 2421-2427.
7. Francisco PMSB, Donalísio MRC, Latorre MRDO. Impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):75-81.
8. Gross PA, Hermógenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1995; 123:517-28.

9. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(7):510-6.
10. Mac Donald R, Baken L, Nelson A, Nichol KL. Validation of self-report of influenza and pneumococcal vaccination status in elderly outpatients. *Am J Prev Med* 1999;16(3):173-7.
11. Nichol KL, Nordin J, Mullooly J, Lask R, Fillbrandt K, Iwane M. Influenza vaccination and reduction in hospitalizations for cardiac disease and stroke among the elderly. *N Engl J Med* 2003;348(14):1322-32.
12. Nichol KL. The efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of inactivated influenza virus vaccines. *Vaccine* 2003;21(16):1769-75.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Influenza aviar. *Boletín Epidemiológico*. 2004; 25(1): 6-9.
14. Sarria A, Timoner J. Determinantes de la vacunación de la gripe en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:17-26.
15. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int. J Epidemiol* 1997, 26:224-227.

**Tabela 1 – Distribuição dos adultos conforme o conhecimento e a realização da vacina contra o vírus influenza**

Variáveis	Adultos de 20 ou mais	Adultos de 20 a 59 anos	Adultos de 60 ou mais
	(n= 3100) Número (%)	(n= 2577) Número (%)	(n= 523) Número (%)
<b>Conhecimento da vacina<sup>1</sup></b>			
Sim	2793 (90,1)	2295 (89,1)	498 (95,2)
Não	306 (9,9)	281 (10,9)	25 (4,8)
<b>Conhecimento da periodicidade da vacina<sup>2</sup></b>			
Não sabe	888 (31,8)	796 (34,7)	92 (18,5)
Uma vez ao ano	1851 (66,2)	1447 (63,0)	404(81,1)
Outro	55 (2,0)	53 (2,3)	2 (0,4)
<b>Realização da vacina no ano de 2003<sup>1</sup></b>			
Sim	556 (17,9)	265 (10,3)	291 (55,8)
Não	2543 (82,1)	2312 (89,7)	231 (44,2)
<b>Realização da vacina no ano de 2002<sup>1</sup></b>			
Sim	556 (17,9)	266 (10,3)	290 (55,6)
Não	2541 (82,1)	2309 (89,7)	232 (44,4)
<b>Realização da vacina nos anos de 2002 e 2003<sup>1</sup></b>			
Nenhuma dose	2387 (77,1)	2188 (85,0)	199 (38,1)
Uma dose em 2002	155 (5,0)	123 (4,8)	32 (6,1)
Uma dose em 2003	154 (5,0)	121 (4,7)	33 (6,3)
Duas doses – 2002 e 2003	401 (12,9)	143 (5,5)	258 (49,5)
<b>Como tomou conhecimento da campanha de vacina em 2003<sup>2</sup></b>			
Meios de comunicação	2071 (74,7)	1687 (74,1)	384 (77,4)
Consulta médica ou posto de saúde	203 (7,3)	145 (6,4)	58 (11,7)
Local de trabalho	143 (5,2)	141 (6,2)	2 (0,4)
Amigo ou familiar	283 (10,2)	238 (10,5)	45 (9,1)
Outro	73 (2,6)	66 (2,9)	7 (1,4)
<b>Local de realização da vacina em 2003<sup>3</sup></b>			
Sistema Único de Saúde – SUS	404 (73,9)	138 (53,7)	266 (91,7)
Serviço Privado de Saúde	37 (6,8)	29 (11,3)	8 (2,8)
Local de trabalho	66 (12,1)	57 (22,2)	9 (3,1)
Farmácia	14 (2,5)	12 (4,7)	2 (0,7)
Outro	26 (4,7)	21 (8,1)	5 (1,7)

Denominadores:

<sup>1</sup> Todos os indivíduos na faixa etária descrita

<sup>2</sup> Indivíduos que informaram conhecer a vacina

<sup>3</sup> Indivíduos que fizeram a vacina em 2003

<sup>4</sup> Indivíduos com 60 anos ou mais, que conhecem e não realizaram a vacina em 2003

**Tabela 1 – continuação**

Variáveis	Adultos de 20 ou mais	Adultos de 20 a 59 anos	Adultos de 60 ou mais
	(n= 3100) Número (%)	(n= 2577) Número (%)	(n= 523) Número (%)
<b>Motivos para não realizar a vacina 4</b>			
Quase nunca tenho gripe	-	-	57 (27,8)
Vacina pode causar gripe	-	-	45 (22,0)
Vacina não faz efeito	-	-	18 (8,8)
Esqueceu a data da campanha	-	-	17 (8,3)
Não gosta de vacina ou não quis fazer	-	-	14 (6,8)
A vacina é para velhos	-	-	13 (6,3)
Estava doente na época da campanha	-	-	08 (3,9)
Gripe não é doença grave	-	-	07 (3,4)
A vacina é injeção	-	-	07 (3,4)
Estava gripado na campanha	-	-	05 (2,4)
Médico recomendou não fazer a vacina	-	-	03 (1,5)
Tem alergia a vacina da gripe	-	-	03 (1,5)
Outro	-	-	08 (3,9)

Denominadores:

<sup>1</sup> Todos os indivíduos na faixa etária descrita

<sup>2</sup> Indivíduos que informaram conhecer a vacina

<sup>3</sup> Indivíduos que fizeram a vacina em 2003

<sup>4</sup> Indivíduos com 60 anos ou mais, que conheciam e não realizaram a vacina em 2003

**Tabela 2 –Distribuição das variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentais e de saúde e prevalência de não realização da vacina contra o vírus influenza no ano de 2003 na faixa etária de 60 anos ou mais.**

Variáveis	Adultos de 60 anos ou mais		Valor p
	Total de adultos n(%)	Não realização da vacina n(%)	
<b>Sexo</b>			p= 0,68*
Masculino	206 (39,5)	93 (45,2)	
Feminino	316 (60,5)	138 (43,7)	
<b>Idade</b>			p= 0,04+
60-64	138 (26,4)	76 (55,5)	
65-69	137 (26,2)	56 (40,9)	
70-74	115 (22,0)	45 (39,1)	
75-79	78 (14,9)	30 (38,5)	
80 ou mais	55 (10,5)	24 (43,6)	
<b>Cor da pele</b>			p= 0,41*
Branca	440 (84,1)	191 (43,5)	
Não Branca	83 (15,9)	40 (48,2)	
<b>Nível Social ANEP</b>			p= 0,32+
A	14 (2,7)	5 (35,7)	
B	97 (18,7)	41 (42,3)	
C	146 (28,2)	61 (42,1)	
D	221 (42,7)	103 (46,6)	
E	40 (7,7)	19 (47,5)	
<b>Escolaridade (anos completos)</b>			p= 0,22+
12 ou mais	29 (5,6)	13 (44,8)	
9-11	52 (10,0)	21 (40,4)	
5-8	148 (28,4)	58 (39,2)	
1-4	162 (31,1)	76 (46,9)	
Nunca cursou	130 (24,9)	63 (48,8)	
<b>Situação Conjugal</b>			p= 0,09*
Casado	271 (51,8)	121 (44,7)	
Solteiro	32 (6,1)	20 (62,5)	
Separado	32 (6,1)	16 (51,6)	
Viúvo	188 (36,0)	74 (39,4)	
<b>Total</b>	<b>523<sup>a</sup></b>		

<sup>a</sup>Os totais de observações diferem em cada variável em função de respostas ignoradas

\*Teste de Wald para heterogeneidade (regressão de Poisson)

+Teste de Wald para tendência linear (regressão de Poisson)

**Tabela 2 - continuação**

Variável	Adultos de 60 anos ou mais		Valor p
	Total de adultos n (%)	Não realização da vacina n(%)	
<b>Percepção de Saúde</b>			p= 0,02+
Excelente	30 (5,8)	22 (73,3)	
Muito boa	36 (6,9)	16 (44,4)	
Boa	209 (40,3)	90 (43,3)	
Regular	198 (38,1)	81 (40,9)	
Ruim	46 (8,9)	21 (45,7)	
<b>Doenças Crônicas<sup>o</sup></b>			p= 0,02+
Nenhuma	294 (56,8)	144 (49,0)	
Uma	153 (29,5)	58 (38,2)	
Duas ou mais	71 (13,7)	26 (36,6)	
<b>Tabagismo</b>			p= 0,003*
Nunca fumou	291 (55,6)	129 (44,3)	
Fumante	71 (13,6)	42 (60,0)	
Ex-fumante	161 (30,8)	60 (37,3)	
<b>Consulta médica ou visita a serviço de saúde de abril a agosto de 2003</b>			p<0,001*
Não	258 (50,0)	143 (55,4)	
Sim – convênio ou particular	113 (21,9)	43 (38,1)	
Sim – SUS	145 (28,1)	44 (30,3)	
<b>Hospitalização no último ano</b>			p= 0,95*
Sim	73 (14,0)	32 (43,8)	
Não	449 (86,0)	198 (44,2)	
<b>Fez vacina em 2002</b>			p<0,001*
Não	232 (44,4)	199 (85,8)	
Sim	290 (55,6)	32 (11,0)	
<b>Total</b>		<b>523<sup>a</sup></b>	

<sup>a</sup>Os totais de observações diferem em cada variável em função de respostas ignoradas

\*Teste de Wald para heterogeneidade (regressão de Poisson)

+Teste de Wald para tendência linear (regressão de Poisson)

<sup>o</sup> Doenças crônicas pesquisadas de acordo com a normatização do Ministério da Saúde: Diabetes; Doença Cardíaca; Doença Pulmonar Crônica; Doença Renal Crônica e Neoplasias.

**Tabela 3 – Análise Bruta e Ajustada de não realização da vacina contra o vírus influenza no ano de 2003 conforme variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde na faixa etária de 60 anos ou mais.**

Nível	Variável	60 anos ou mais	
		Bruta RP (IC 95%)	Ajustada# RP (IC 95%)
1	<b>Idade</b>	p= 0,04+	p= 0,04+
	60-64	1,44 (1,05 - 2,00)	1,44 (1,05 - 2,00)
	65-69	1,06 (0,75 - 1,50)	1,06 (0,75 - 1,50)
	70-74	1,02 (0,70 - 1,47)	1,02 (0,70 - 1,47)
	75-79	1,00	1,00
	80 ou mais	1,13 (0,75 - 1,72)	1,13 (0,75 - 1,72)
	<b>Situação Conjugal</b>	p= 0,09*	p= 0,10*
	Casado	1,13 (0,91 - 1,41)	1,08 (0,85 - 1,36)
	Solteiro	1,59 (1,10 - 2,29)	1,58 (1,10 - 2,26)
	Separado	1,31 (0,89 - 1,93)	1,13 (0,77 - 1,67)
Viúvo	1,00	1,00	
2	<b>Percepção de Saúde</b>	p= 0,02+	p= 0,02+
	Excelente	1,61 (1,15 - 2,25)	1,59 (1,15 - 2,20)
	Muito boa	0,97 (0,62 - 1,53)	0,94 (0,60 - 1,47)
	Boa	0,95 (0,70 - 1,29)	1,00 (0,74 - 1,35)
	Regular	0,90 (0,63 - 1,27)	0,92 (0,65 - 1,31)
	Ruim	1,00	1,00
	<b>Tabagismo</b>	p= 0,003*	p= 0,004*
	Nunca fumou	1,19 (0,97 - 1,47)	1,20 (0,98 - 1,48)
	Fumante	1,61 (1,23 - 2,11)	1,56 (1,21 - 2,02)
	Ex-fumante	1,00	1,00
<b>Doenças Crônicas</b>	p= 0,02+	p= 0,08+	
Nenhuma	1,34 (0,99 - 1,81)	1,27 (0,92 - 1,77)	
Uma	1,04 (0,75 - 1,44)	1,04 (0,75 - 1,45)	
Duas ou mais	1,00	1,00	
3	<b>Consulta médica ou visita a serviço de saúde de abril a agosto de 2003</b>	p<0,001*	p= 0,09*
	Não	1,83 (1,35 - 2,46)	1,26 (1,01 - 1,56)
	Sim – convênio ou particular	1,25 (0,87 - 1,80)	1,14 (0,87 - 1,49)
	Sim – SUS	1,00	1,00
	<b>Fez vacina em 2002</b>	p<0,001*	p<0,001*
	Não	7,77 (5,49 - 11,01)	7,82 (5,46 - 11,23)
	Sim	1,00	1,00
	<b>Total</b>		<b>523</b>

\* Teste de Wald para heterogeneidade (regressão de Poisson)

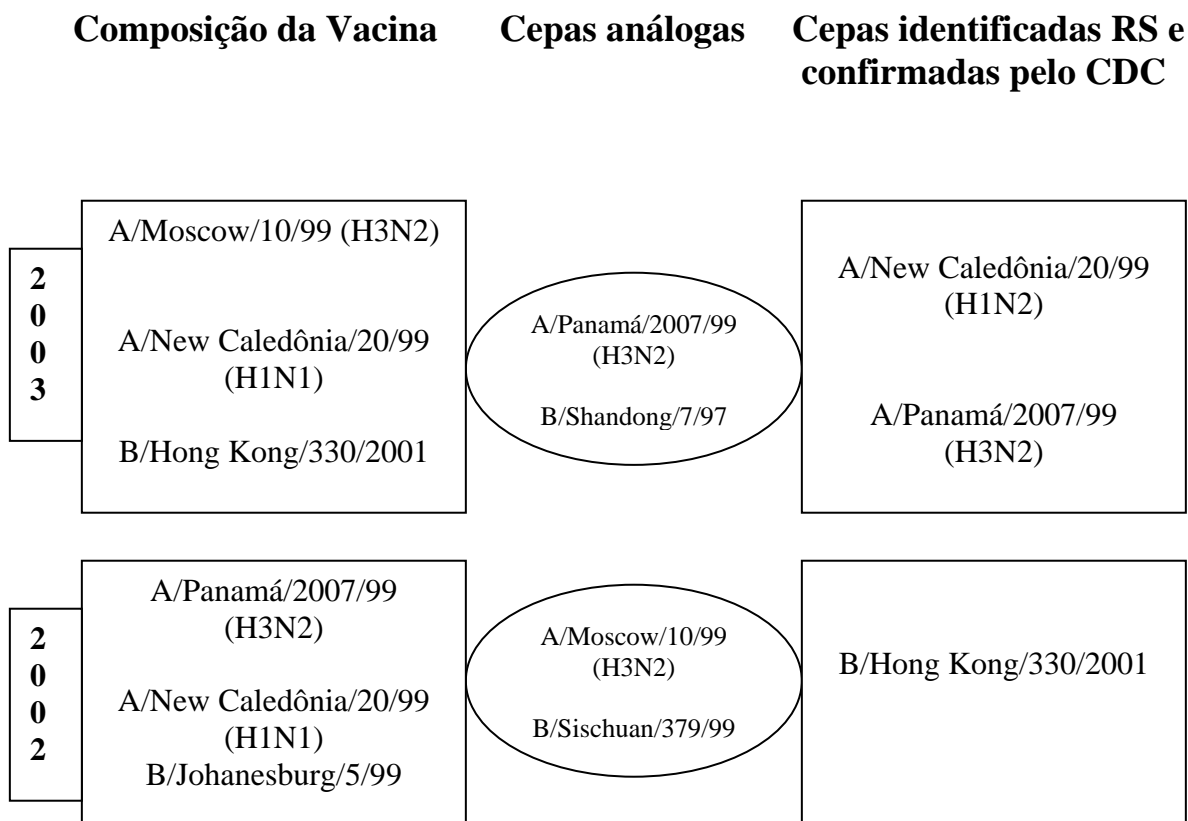
+ Teste de Wald para tendência linear (regressão de Poisson)

# As variáveis do nível 1 estão ajustadas entre si, as do nível 2 entre si e entre as variáveis do nível 1 e as do nível 3 entre si e entre as variáveis dos níveis 1 e 2.

**Tabela 4**– Cálculo do foco da campanha de vacinação contra o vírus influenza no ano de 2003, conforme nível econômico

Nível Econômico ANEP	Vacinas aplicadas	Idade 60 anos ou mais	Vacinas justificadas	Vacinas não justificadas	Foco %
A	30	9	9	21	30,0
B	117	56	56	61	47,9
C	169	84	84	85	49,7
D	203	118	118	85	58,1
E	31	21	21	10	67,7
Total	550	288	288	262	<b>52,4</b>





**Figura 1** – Composição da vacina e cepas do vírus que circularam no Rio Grande do Sul nos anos de 2002 e 2003 – analisadas no Brasil e confirmadas pelo CDC – Atlanta.

## **ANEXOS**

## Press release

**Mestrando:** Anelise Breier

**Orientador:** Luiz Augusto Facchini

**Título:** Cobertura e foco da campanha de vacinação contra o vírus influenza. Estudo transversal de base populacional.

### A Campanha de Vacinação contra a gripe atinge seu objetivo em Pelotas?

No ano de 2003 foi realizada uma pesquisa, entre os meses de outubro e dezembro, com 3100 adultos de 20 anos ou mais de idade, tendo como objetivo principal conhecer a cobertura vacinal contra o vírus influenza (vírus da gripe) e os fatores associados à realização da vacina. O Ministério da Saúde organiza campanhas de vacinação dirigidas à população de 60 anos ou mais desde o ano de 1999 e tem como meta atingir 70% desta faixa etária. Em 2003 17,9% da população adulta de Pelotas fez a vacina e, na faixa etária de 60 anos ou mais, 55,7% dos adultos receberam uma dose de vacina contra a gripe. Somente a metade das vacinas foi aplicada em adultos com 60 anos ou mais, e a meta do Ministério da Saúde não foi atingida para a população não institucionalizada.

Para os adultos de 60 anos ou mais os principais motivos apontados para a não realização da vacina foram: o relato de que quase nunca têm gripe e a crença de que a vacina pode causar a gripe ou de que não faz efeito. Nesta faixa etária os adultos de 60 a 64 anos, os fumantes atuais, aqueles que consideram sua saúde excelente e os que não se vacinaram no ano anterior foram os que apresentaram as menores coberturas vacinais.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de divulgação mais ampla, através das campanhas do Ministério da Saúde e dos profissionais que atuam na área, dos benefícios da vacinação, bem como empreendidos maiores esforços para atingir os idosos que são a população alvo da campanha no Brasil.

## Normas para publicação na Revista de Saúde Pública

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica revisões (a convite), atualizações, notas e informações, cartas ao editor, editoriais, além de outras categorias de artigos.

**Artigos originais** - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de *2.000 a 4.000 palavras*, excluindo tabelas, figuras e referências.
- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de *valor não representativo*. Quanto às *figuras*, *não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas*.
- *As referências bibliográficas estão limitadas a 15*, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, havendo, todavia, flexibilidade. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão*. A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

**Revisões** - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de *5.000 palavras*.

**Atualizações** - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo. Sua extensão deve ser de *3.000 palavras*.

**Notas e Informações** - São relatos curtos decorrentes de estudos originais ou avaliativos. Podem incluir também notas preliminares de pesquisa, contendo dados inéditos e relevantes para a saúde pública.

- Devem ter de *800 a 1.600 palavras* (excluindo tabelas, figuras e referências) *uma tabela/figura e 5 referências*.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

**Cartas ao Editor** - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a *600 palavras e a 5 referências*.

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.

- Os manuscritos devem ser digitados em uma só face, com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em 4 vias. Quando aceito para publicação, deve ser encaminhada uma cópia do manuscrito em disquete 3/2, programa Word 95/97.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

**Página de identificação** ▲ - Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. **b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura. **d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência. **g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização. ([Verificação de itens](#))

**Resumos e Descritores** ▲ - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Atualização e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os

**artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 250 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(Mesh\)](#), quando acompanharem os "Abstracts" . Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

**Agradecimentos** ▲ - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

**Referências** ▲ - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver ([RSP, vol. 33\(1\) p. 11-13](#)). Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos a publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

**A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.**

**Tabelas** ▲ - Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

**Figuras** ▲ - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Figuras coloridas não são publicadas, a não ser que sejam custeadas pelo autor do manuscrito. [Nas](#) legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

**Abreviaturas e Siglas** ▲ - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem [nas](#) tabelas e [nas](#) figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

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

**ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Número do setor \_\_\_\_\_

Número da família \_\_\_\_\_

Número da pessoa \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ (1) casa (2) apartamento

Data da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário de início da entrevista \_\_\_\_:\_\_\_\_

Horário do término da entrevista \_\_\_\_:\_\_\_\_

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

*NQUE*

*TIPOM* \_\_\_\_

*DE* \_\_\_\_\_

*HI* \_\_\_\_:\_\_\_\_

*HT* \_\_\_\_:\_\_\_\_

*ENT* \_\_\_\_

**D1) Qual o endereço deste domicílio?**

**Rua:** \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

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

(0) não (1) sim → **Qual o número?** \_\_\_\_\_

*DFONE* \_\_\_\_

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

(0) não (1) sim → **Qual o número?** \_\_\_\_\_

*DCEL* \_\_\_\_

**D4) Quantas pessoas moram nesta casa?** \_\_\_\_ pessoas

*DMOR* \_\_\_\_

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

(0) não (1) sim (9) IGN

*DDOWN* \_\_\_\_

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE  
OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA.

**MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO  
SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA,  
PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A)  
PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.**

**D6) O(a) Sr.(a) tem rádio em casa?**

(0) Não Se sim: **Quantos?** \_\_\_\_ rádios

*DRD* \_\_\_\_

**D7) Tem televisão colorida em casa?**

(0) Não Se sim: **Quantas?** \_\_\_\_ televisões

*DTV* \_\_\_\_

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

(0) Não Se sim: **Quantos?** \_\_\_\_ carros

*DCAR* \_\_\_\_



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

<b>BLOCO C: ADULTOS</b> *Este bloco deve ser aplicado a adultos (20anos ou mais) de ambos os sexos	<b>ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO</b>
Número do setor _____ Número da família _____ Número da pessoa _____ Endereço _____ (1) casa (2) apartamento _____ Data da entrevista ____/____/____ Horário de início da entrevista ____:____ Horário do término da entrevista ____:____  Entrevistadora: _____	<i>NQUE</i> _____          <i>TIPOM</i> <i>DE</i> ____/____/____
<b>G1) Qual é o seu nome?</b> _____ <b>G2) Qual é a sua idade?</b> _____	<i>IDADE</i> _____
AS PERGUNTAS G3 E G4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA	<i>CORPELE</i> _____
G3) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Outra: _____ G4) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino (9) IGN	<i>SEXO</i> _____
G5) O(a) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G7 (1) Sim (2) Só assina → PULE PARA A QUESTÃO G7 (9) IGN	<i>KLER</i> _____
G6) Até que série o(a) Sr(a) estudou?  Anotação: _____ (Codificar após encerrar o questionário)  Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA	<i>ESCOLA</i> _____
G7) O(a) Sr(a) pratica alguma religião? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G9 (1) Sim	<i>PRATREL</i> _____
G8) Qual? (0) Católica (1) Protestante (2) Evangélica (3) Espírita (4) Afro-brasileira (5) Testemunha de Jeová (6) Outra _____ (8) NSA	<i>QUALREL</i> _____
<b>G9) Qual a sua situação conjugal atual?</b> (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a)	<i>COMPAN</i> _____

<b>G10) Qual é o seu peso atual?</b> ___ __ __ , ___ kg (999) IGN	<i>PESO</i> ___ __ __ , ___
<b>G11) Qual é a sua altura?</b> ___ __ __ __ , ___ cm (999) IGN	<i>ALTUR</i> ___ __ __ , ___
<b>G12) O(a) Sr(a) fuma ou já fumou?</b> (0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO G15 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ___ __ anos ___ __ meses	<i>FUMO</i> ___ <i>TPAFU</i> ___ __ __ __
<b>G13) Há quanto tempo o(a) Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?</b> ___ __ anos ___ __ meses (8888) NSA	<i>TFUMO</i> ___ __ __ __
<b>G14) Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?</b> ___ __ cigarros (88) NSA	<i>CIGDIA</i> ___ __
<b>G15) Como o(a) sr(a) considera sua saúde?</b> (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN	<i>SAU</i> ___

### AGORA FALAREMOS DE FRATURAS E FISIOTERAPIA

<b>C1) Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose ou fraqueza dos ossos?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>YOSTE</i> ___
<b>C2) O(a) Sr(a) já quebrou algum osso do seu corpo?</b>  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C3 (8) NSA (1) Sim → <b>Quantas vezes?</b> ___ __ (9) IGN → PULE PARA QUESTÃO C3  SE SIM FAÇA O QUADRO ABAIXO	<i>YFRAVD</i> ___
<b>PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES CONSIDERE SOMENTE A ÚLTIMA FRATURA OCORRIDA</b>	<i>YQTD</i> ___ __

<b>a) O que o(a) Sr(a) quebrou?</b>  (01) Pé (02) Tornozelo (03) Perna (04) Joelho (05) Fêmur ou quadril (06) Dedos da mão (07) Pulso (08) Antebraço (09) Braço (10) Clavícula	<b>b) Esta fratura ocorreu?</b>  (1) <b>Trabalhando</b>  (2) <b>No seu tempo livre fora de casa</b>  (3) <b>Em casa</b>  (4) <b>Trânsito</b>  (5) <b>Na escola</b>	<b>c) Como foi que ocorreu esta fratura?</b>  (1) <b>Praticando esportes</b>  (2) <b>Acidente de carro/pedestre</b>  (3) <b>Violência,</b>	<b>d) Fez fisioterapia após tirar o gesso ou imobilização?</b>  (0) Não  Sim → SE SIM  (1) <b>Pelo SUS</b>  (2) <b>Particular</b>  (3) <b>Convênio</b>	<b>e) Esta fratura ocorreu de &lt;MÊS&gt; do ano passado até o dia de hoje?</b>  (0) Não  (1) Sim  (8) NSA  (9) IGN
---	--	--	--	---



**AGORA FALAREMOS SOBRE SAÚDE**

**C6) Indique as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas.** (nos parênteses anteriores as opções deve ser anotada a ordem de importância dos 3 fatores citados)

MOSTRAR A FOLHA COM AS FIGURAS.

- ( ) (1) Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal;
- ( ) (2) Fazer exercícios físicos regularmente;
- ( ) (3) Não tomar bebidas alcoólicas em excesso;
- ( ) (4) Consultar o médico regularmente;
- ( ) (5) Não fumar;
- ( ) (6) Manter seu peso ideal;
- ( ) (7) Controlar ou evitar o estresse;
- (9) IGN

UFAT1\_\_

UFAT2\_\_

UFAT3\_\_

**C7) Quantas horas por dia o(a) Sr(a) gasta com serviços domésticos, estudos e seu trabalho?**

Manhã \_\_ \_\_ hrs \_\_ \_\_ min → TOTAL MANHÃ \_\_ \_\_ \_\_ minutos  
 Tarde \_\_ \_\_ hrs \_\_ \_\_ min → TOTAL TARDE \_\_ \_\_ \_\_ minutos  
 Noite \_\_ \_\_ hrs \_\_ \_\_ min → TOTAL NOITE \_\_ \_\_ \_\_ minutos

UMANA\_\_ \_\_ \_\_

UTARDI\_\_ \_\_ \_\_

UNOITI\_\_ \_\_ \_\_

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

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

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

\_\_ dia(s) por SEMANA (9) IGN

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

QDIA \_\_

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

\_\_ hora(s) \_\_ minutos TOTAL: \_\_ minutos (888) NSA (999) IGN

\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_ = \_\_ ÷ \_\_ (dias) = \_\_ minutos

QTEM

**Para responder as próximas questões considere que:**

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

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

<p><b>C10) Desde &lt;DIA DA SEMANA PASSADA&gt;, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades <u>FORTES</u> no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?</b></p> <p>____ dia(s) por SEMANA      (0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO C12      (9) IGN</p>	<p><i>QDVIG</i> ____</p>																																								
<p><b>C11) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades <u>FORTES</u> no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?</b></p> <p>____ hora(s) ____ minutos      TOTAL: ____ minutos      (888) NSA      (999) IGN</p> <p>____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ ÷ ____ (dias) = ____ minutos</p>	<p><i>QTVIG</i> ____</p>																																								
<p><b>C12) Sem considerar as caminhadas, desde &lt;DIA DA SEMANA PASSADA&gt;, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades <u>MÉDIAS</u> no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?</b></p> <p>____ dia(s) por SEMANA      (9) IGN</p> <p>(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C14</p>	<p><i>QDMOD</i> ____</p>																																								
<p><b>C13) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades <u>MÉDIAS</u> no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?</b></p> <p>____ hora(s) ____ minutos      TOTAL: ____ minutos      (888) NSA      (999) IGN</p> <p>____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ ÷ ____ (dias) = ____ minutos</p>	<p><i>QTMOD</i> ____</p>																																								
<p>SE A RESPOSTA PARA AS QUESTÕES C8, C10 E C12 FOI "NENHUM" FAÇA A QUESTÃO C14, CASO CONTRÁRIO PULE PARA A QUESTÃO C16."</p>																																									
<p><b>C14) Desde &lt;MÊS DO ANO PASSADO&gt; o(a) Sr(a) fez atividades físicas no período de lazer por pelo menos três meses sem parar?</b></p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C17      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p>	<p><i>UFEZ</i> ____</p>																																								
<p><b>C15) Por que parou de praticar as atividades físicas?</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Falta de tempo</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Preguiça</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UFALTA</i> ____</td> </tr> <tr> <td>Não tinha local adequado</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>USONO</i> ____</td> </tr> <tr> <td>Se machucou</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>ULOCAL</i> ____</td> </tr> <tr> <td>Falta de dinheiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UDOI</i> ____</td> </tr> <tr> <td>Falta de companhia</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UNHERO</i> ____</td> </tr> <tr> <td>Achava chato / não gostava</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UCOMP</i> ____</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UCHATO</i> ____</td> </tr> <tr> <td>(8) NSA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(9) IGN</td> <td></td> <td></td> <td><i>UOUTR</i> ____</td> </tr> </table>	Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim		Preguiça	(0) Não	(1) Sim	<i>UFALTA</i> ____	Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim	<i>USONO</i> ____	Se machucou	(0) Não	(1) Sim	<i>ULOCAL</i> ____	Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim	<i>UDOI</i> ____	Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim	<i>UNHERO</i> ____	Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim	<i>UCOMP</i> ____	Outro _____	(0) Não	(1) Sim	<i>UCHATO</i> ____	(8) NSA				(9) IGN			<i>UOUTR</i> ____	
Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim																																							
Preguiça	(0) Não	(1) Sim	<i>UFALTA</i> ____																																						
Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim	<i>USONO</i> ____																																						
Se machucou	(0) Não	(1) Sim	<i>ULOCAL</i> ____																																						
Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim	<i>UDOI</i> ____																																						
Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim	<i>UNHERO</i> ____																																						
Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim	<i>UCOMP</i> ____																																						
Outro _____	(0) Não	(1) Sim	<i>UCHATO</i> ____																																						
(8) NSA																																									
(9) IGN			<i>UOUTR</i> ____																																						



Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QLUT</i> ___
Outra: <b>Qual?</b> _____	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QOUT</i> ___
<b>C27) O(a) Sr(a) participou em clubes, academias ou associações de alguma atividade esportiva ou realizou por conta própria alguma atividade física por, no mínimo, 6 meses consecutivos?</b>				
(0) Não → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C28				
(1) Sim - <b>Qual atividade?</b>	(9) IGN			<i>QATIV</i> ___
Futsal/Futebol de salão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QFUT2</i> ___
Futebol de campo/Futebol de 7	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QFUC2</i> ___
Basquete	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QBAS2</i> ___
Voleibol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QVOL2</i> ___
Handebol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QHAN2</i> ___
Atletismo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QATL2</i> ___
Natação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QATL2</i> ___
Dança	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QDAN2</i> ___
Ginástica olímpica/artística	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QDAN2</i> ___
Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QGIN2</i> ___
Ginástica	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QLUT2</i> ___
Musculação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QGIN3</i> ___
Caminhadas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QMUS2</i> ___
Corridas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QCAM2</i> ___
Andar de bicicleta	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QCOR2</i> ___
Outra: <b>Qual?</b> _____	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>QBIC2</i> ___ <i>QOUT2</i> ___
SE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES C26 E C27 FOREM “NÃO”, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.				
<b>C28) Considerando somente as atividades físicas feitas durante a adolescência, o(a) Sr(a) as realizava por que gostava ou era obrigado, por algum motivo?</b>				
(0) Gostava	(1) Obrigado	(8) NSA	(9) IGN	<b>QAFAD</b> ___
<b>AGORA FALAREMOS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO</b>				
<b>C29) Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado o(a) Sr(a) baixou o hospital?</b>				<i>XHOSP</i> ___
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				
<b>C30) Desde &lt;TRÊS MESES ATRÁS&gt; deste ano o(a) Sr(a) consultou com médico?</b>				
(00) Não → PULE PARA A QUESTÃO C45				
Sim. <b>Quantas vezes?</b> ___				<i>XCONS</i> ___
SE CONSULTOU APENAS 1 VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C31 SE CONSULTOU DUAS VEZES OU MAIS, PULE PARA A QUESTÃO C34				
<b>C31) Nessa vez, onde o(a) Sr(a) consultou?</b>				<i>XONDE</i> ___
(01) Posto de Saúde				
(02) Pronto-Socorro				
(03) Ambulatório do hospital				
(04) Ambulatório da Faculdade				
(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa				
(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde				
(07) Consultório Médico Particular				
(08) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)				
(09) Outro _____				



(88) NSA (99) IGN			
<b>C32) O médico lhe pediu algum exame?</b>			
(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO			<i>XPED</i> ___
(1) Sim (8) NSA (9) IGN			
<b>C33) Que tipo de exame?</b>			
Sangue	(0) Não	(1) Sim	<i>XSAN</i> ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	<i>XURI</i> ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	<i>XRX</i> ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	<i>XECG</i> ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	<i>XECO</i> ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	<i>XEDA</i> ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	<i>XCOLO</i> ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	<i>XTC</i> ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	<i>XRM</i> ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	<i>XBIO</i> ___
Outro _____			<i>XEOUT</i> ___
(8) NSA			
(9) IGN			
PULE PARA A QUESTÃO C40			
<b>C34) Onde foram estas consultas?</b>			
(01) Posto de Saúde.	Sim.	Quantas vezes? ___	<i>XLOC1</i> ___
(02) Pronto-Socorro.	Sim.	Quantas vezes? ___	<i>XVEZES1</i> ___
(03) Ambulatório do hospital.	Sim.	Quantas vezes? ___	
(04) Ambulatório da Faculdade.	Sim.	Quantas vezes? ___	<i>XLOC2</i> ___
(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa.	Sim.	Quantas vezes? ___	<i>XVEZES2</i> ___
(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde.	Sim.	Quantas vezes? ___	
(07) Consultório Médico Particular	Sim.	Quantas vezes? ___	<i>XLOC3</i> ___
(08) CAPS Centro de Atenção Psicossocial	Sim.	Quantas vezes? ___	<i>XVEZES3</i> ___
(09) Outro _____	Sim.	Quantas vezes? ___	
(88) NSA			
(99) IGN			
<b>C35) Em alguma dessas consultas o médico lhe pediu algum tipo de exame?</b>			
(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO			<i>XXPED</i> ___
(1) Sim (8) NSA			
<b>C36) Em quantas consultas o médico pediu pelo menos um tipo de exame? ___</b>			<i>XXQC</i> ___
(88) NSA (99) IGN			
<b>C37) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do &lt;PRIMEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34&gt; _____?</b>			
Sangue	(0) Não	(1) Sim	<i>XISAN</i> ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	<i>XIURI</i> ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	<i>XIRX</i> ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	<i>XIECG</i> ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	<i>XIECO</i> ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	<i>XIEDA</i> ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	<i>XICOL</i> ___

Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X1TC ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X1RM ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X1BIO ___
Outro _____			X1EOU ___
(8) NSA			
(9) IGN			
<b>AS QUESTÕES C38 E C39 SOMENTE SERÃO PERGUNTADAS SE O ENTREVISTADO CONSULTOU EM MAIS DE UM LOCAL, CONFORME A QUESTÃO C34</b>			
<b>C38) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do &lt;SEGUNDO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34&gt; _____?</b>			XLOC2B ___
Sangue	(0) Não	(1) Sim	X2SAN ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	X2URI ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	X2RX ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X2ECG ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X2ECO ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X2EDA ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X2COL ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X2TC ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X2RM ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X2BIO ___
Outro _____			X2EOU ___
(8) NSA			
(9) IGN			
<b>C39) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do &lt;TERCEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34&gt;? _____</b>			XLOC3B ___
Sangue	(0) Não	(1) Sim	X3SAN ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	X3URI ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	X3RX ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X3ECG ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X3ECO ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X3EDA ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X3COL ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X3TC ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X3RM ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X3BIO ___
Outro _____			X3EOU ___
(8) NSA			
(9) IGN			
<b>C40) O(a) Sr(a) teve que pagar pelo(s) exame(s)?</b>			XPAG ___
(0) Não	(1) Sim	(2) Não fez o exame pedido	(8) NSA
A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITA SOMENTE PARA AS MULHERES			
<b>C41) A Sra. está grávida?</b>			XGEST ___
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN			
<b>FALAREMOS AGORA APENAS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES</b>			
<b>C42) Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou?</b>			PCONS ___
(1) Clínico geral (2) Psiquiatra			
(3) outro especialista – Qual: _____ (8) NSA (9) IGN			

<p><b>C43) Qual o local onde o(a) Sr(a) consultou?</b>  (01) Posto de saúde  (02) Ambulatório de hospital  (03) Consultório médico  (04) CAPS  (05) Ambulatório de plano de saúde  (06) Ambulatório da Faculdade de Medicina – UFPEL  (07) Pronto socorro (08) outros – <b>Qual?</b> _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p><i>PLOC</i> ____</p>
<p><b>C44) Nessa consulta, recebeu algum remédio para os nervos?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN  <b>SE SIM: Qual?</b> _____ (Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo)</p>	<p><i>PREC</i> ____  <i>PQUAL</i> ____</p>
<p><b>C45) Desde &lt;DIA DA SEMANA&gt; retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita?</b>  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C52  (1) Sim (8) NSA (9) IGN  <b>SE SIM: Qual?</b> _____  (Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)</p>	<p><i>PTOM</i> ____  <i>PQUALT</i> ____</p>
<p><b>C46) Quem indicou?</b>  (1) Toma por conta própria  (2) Médico geral  (3) Médico psiquiatra  (4) Médico de outra especialidade _____  (5) Parente ou conhecido  (6) Farmacêutico  (7) Outra pessoa _____  (8) NSA  (9) IGN</p>	<p>_____  <i>PIND</i> ____</p>
<p><b>C47) Há quanto tempo toma?</b>  __ anos __ meses __ dias (88, 88,88) NSA (99, 99,99) IGN</p>	<p><i>PTEMP</i> ____</p>
<p><b>C48) Como conseguiu o remédio da última vez?</b>  (1) Comprou na farmácia com receita médica  (2) Comprou na farmácia sem receita médica  (3) Comprou em farmácia de manipulação  (4) Retirou na farmácia municipal  (5) Outros _____ (especificar)  (8) NSA  (9) IGN</p>	<p><i>PCOMO</i> _</p>
<p><b>C49) Toma mais algum remédio para os nervos?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN  <b>SE SIM: Qual?</b> _____ (Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)</p>	<p><i>PMALG</i> ____  <i>PMAIS</i> ____</p>
<p style="text-align: center;"><b>VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE &lt;MÊS&gt; DO ANO PASSADO</b></p>	

<p><b>C50) O(a) Sr(a) tem alguma pessoa na família, que more na sua casa, com doença grave?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p><b>C51) O(a) Sr(a) perdeu o emprego?</b> (0) Não (1) Sim, mas já está empregado (2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>PFAM__</p> <p>PERD__</p>
<b>AGORA FALAREMOS DE CAMPANHAS DE SAÚDE</b>	
<p><b>C52) Há dois anos atrás teve uma campanha onde faziam o teste do dedinho, para saber se as pessoas tinham diabetes ou açúcar no sangue. O(a) Sr(a) ficou sabendo desta campanha?</b> (0) Não Sim → SE SIM (1) TV (2) Rádio (3) Vizinha, amiga, parente (4) Posto, agente de saúde, médico (5) Mais de uma opção. Quais? _____ (8) NSA (9)IGN _____</p>	<p>JCAMP__</p>
<p><b>C53) O(a) Sr(a) fez o teste do dedinho em Posto de Saúde, Associação de Diabetes ou Asilo de Mendigos na época da campanha?</b> (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JTEST__</p>
<p><b>C54) O(a) Sr(a) fez o teste mais de uma vez na campanha?</b> (0) Não (1) Sim Quantas? ____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JFZTS__</p> <p>JQTAS__</p>
<p><b>C55) O(a) Sr(a) lembra como foi o resultado do seu exame de açúcar no sangue?</b> 1º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN (SOMENTE PARA QUEM FEZ MAIS DE UM EXAME) 2º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN 3º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN</p>	<p>JEX1____</p> <p>JEX2____</p> <p>JEX3____</p>
<p><b>C56) Após fazer o teste alguém lhe disse para procurar o médico?</b> (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JIMED__</p>
<p><b>C57) O(a) Sr(a) procurou o médico, foi consultar?</b> (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JCONS__</p>
<p><b>C58) O médico pediu para o(a) Sr(a) fazer um outro exame do açúcar no sangue no laboratório?</b> (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 Sim → SE SIM (1) O exame confirmou o açúcar alto (2) O exame deu normal (3) Pediu, mas o Sr(a) não foi ou não conseguiu fazer (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JOTEX__</p>
<p><b>C59) O(a) Sr(a) está indo ao médico para tratar o açúcar no sangue, ou seja, diabetes?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>JTTO__</p>

<p><b>C60) Antes da campanha algum médico já tinha lhe dito que o(a) Sr(a) tinha:</b>  <b>Açúcar no sangue?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN  <b>Pressão alta?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN  <b>Gordura no sangue, como por exemplo, colesterol ou triglicerídeos alterados?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p><b>C61) Algum de seus pais, ou algum de seus irmãos, ou algum de seus filhos, se o(a) Sr(a) tiver filhos, têm ou tiveram açúcar no sangue?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p><b>C62) Há dois anos atrás onde o(a) Sr(a) costumava consultar?</b>  (1) Posto de saúde  (2) Ambulatório do hospital ou faculdade  (3) Consultório médico particular ou convênio  (4) Ambulatório de plano de saúde  (5) Local não especificado  (6) Outro local _____ (8)NSA</p>	<p><i>JDIAB__</i>  <i>JHAS__</i>  <i>JGORD__</i></p> <p><i>JHIST__</i></p> <p><i>JOND__</i></p>
<b>AGORA FALAREMOS SOBRE VACINAS</b>	
<p><b>C63) O(a) Sr(a) conhece uma vacina contra a gripe?</b>  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C70  (1) Sim (9) IGN</p> <p><b>C64) O(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?</b>  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C66  (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p><b>C65) Onde o(a) Sr(a) fez esta vacina no ano de 2003?</b>  (0) Serviço de saúde particular ou convênio  (1) Serviço de saúde do SUS – posto de saúde ou outro  (2) No local onde trabalha – hospital ou posto de saúde do SUS, Secretarias da Prefeitura  (3) No local onde trabalha – empresa privada  (4) Na farmácia  (5) Outro local Qual? _____  (8) NSA (9) IGN</p> <p style="text-align: center;">PULE PARA A QUESTÃO C67</p> <p><b>C66) Porque o(a) Sr(a) não fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?</b>  (0) Quase nunca tenho gripe  (1) A vacina é só para velhos  (2) Gripe não é uma doença grave  (3) A vacina não faz efeito  (4) Vacina pode causar gripe  (5) A vacina é injeção  (6) Tenho alergia à vacina  (7) Outro Qual? _____  (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>CVAC__</i></p> <p><i>FEZVAC__</i></p> <p><i>LUGVAC__</i></p> <p><i>PQNAOVAC__</i></p>

<p><b>C67) Como o(a) Sr(a) soube da vacinação contra a gripe neste ano de 2003?</b>  (0) Meios de comunicação: TV, rádio, jornal  (1) Consulta médica ou posto de saúde  (2) Local de trabalho  (3) Amigo ou familiar  (4) Outro <b>Qual?</b> _____  (8) NSA                   (9) IGN</p> <p><b>C68) No ano passado o(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe?</b>  (0) Não                   (1) Sim                   (8) NSA                   (9) IGN</p> <p><b>C69) O(a) Sr(a) sabe de quanto em quanto tempo deve ser feita a vacina contra a gripe?</b>  (0) Não sei  (1) duas vezes por ano  (2) Uma vez por ano  (3) De 2 em 2 anos  (4) De 3 em 3 anos  (5) De 10 em 10 anos  (6) Uma vez na vida  (7) Outra _____  (9) IGN</p> <p><b>C70) Durante a campanha de vacinação contra a gripe deste ano, nos meses de abril até agosto, o(a) Sr(a) esteve no consultório de médico particular/convênio ou em um posto de saúde do SUS?</b>  (0) Não  SIM → SE SIM  (1) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em serviço particular ou convênio  (2) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em posto de saúde do SUS  (9) IGN</p> <p><b>C71) O médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma destas doenças?</b>  <b>Açúcar no sangue ou diabetes</b>                   (0) Não (1) Sim (9) IGN  <b>Pressão alta ou hipertensão</b>                   (0) Não (1) Sim (9) IGN  <b>Doença do coração</b>                   (0) Não (1) Sim (9) IGN  <b>Doença crônica do pulmão</b>                   (0) Não (1) Sim (9) IGN  <b>Doença crônica de rins</b>                   (0) Não (1) Sim (9) IGN  <b>Tumor maligno ou câncer</b>                   (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p><b>C72) Neste ano de 2003 o(a) Sr(a) teve gripe com febre alta?</b>  (0) Não                   (1) Sim                   (9) IGN</p>	<p>CSVAC __</p> <p>FEZVACAP __</p> <p>FREQVAC __</p> <p>FOISS __</p> <p>DIAB __  HIPERT __  DCARD __  DPULM __  DRENAL __  CANCER __</p> <p>GRIPE __</p>
<b>AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO</b>	
<p><b>C73) O(a) Sr(a) trabalha fora?</b>  ( 0 ) Não →PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO  ( 1 ) Sim</p> <p><b>C74) Qual o meio de transporte o(a) Sr(a) usa para ir e voltar do trabalho?</b>  ( 1 ) Vai a pé  ( 2 ) Bicicleta</p>	<p>GTRAB __</p> <p>GTRANS __</p>

<p>( 3 ) Motocicleta  ( 4 ) Ônibus  ( 5 ) Automóvel  ( 6 ) Outro Qual? _____  ( 8 ) NSA</p>																												
<p>SE A RESPOSTA <u>NÃO</u> FOR BICICLETA (2) PULE PARA PRÓXIMA INSTRUÇÃO  <b>C75) Quantos dias da semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir trabalhar?</b>  ___ dias. (8) NSA</p>																												
<p><b>C76) Durante quanto tempo por dia o(a) Sr(a) anda de bicicleta, para ir e voltar do seu trabalho?</b> Observar o tempo <u>total</u> diário  ___ __ hora(s) ___ __ minutos (888) NSA</p>	<p><i>GDIAS</i> __</p>																											
<p><b>C77) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de chuva para ir trabalhar?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GTDIA</i> __ __ __  <i>GCHUV</i> __</p>																											
<p><b>C78) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de muito calor para ir trabalhar?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GCALOR</i> __</p>																											
<p><b>C79) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias muito frio para ir trabalhar?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GFRIO</i> __</p>																											
<p><b>C80) O(a) Sr(a) utiliza a bicicleta antes das 7 da manhã ou depois das 6 da tarde para ir ou voltar do trabalho?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GNOIT</i> __</p>																											
<p><b>C81) Desde &lt;MÊS DO ANO PASSADO&gt; o(a) Sr(a) sofreu algum acidente de bicicleta no caminho de casa para o trabalho ou na volta para casa, em que se machucou?</b>  (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C84  (1) Sim (8) NSA (9) IGN  SE SIM <b>Quantas vezes?</b> ___ __ vez(es) (88) NSA</p>	<p><i>GACID</i> __</p>																											
<p><b>C82) Qual o machucado mais grave que o(a) Sr(a) teve por causa do(s) acidente(s)?</b>  (1) Arranhão ou escoriação  (2) Batida forte  (3) Corte ou perfuração na pele  (4) Fratura (quebra de osso)  (5) Lesão de órgão interno  (6) Outro machucado <b>Qual?</b> _____  (8) NSA</p>	<p><i>GQACI</i> __ __ __    <i>GGRAV</i> __</p>																											
<p><b>C83) Quantos dias o(a) Sr(a) precisou faltar ao trabalho por causa do acidente?</b>  (000) Nenhum ___ __ __ Dia(s) (888) NSA</p>	<p><i>GFTRA</i> __ __ __</p>																											
<p><b>C84) Agora eu gostaria de ver sua bicicleta, por favor.</b></p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Campainha (buzina)</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Refletor dianteiro</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Refletor traseiro</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Refletor lateral</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Refletor nos pedais</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Espelho retrovisor ao lado esquerdo</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Freio funcionando</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Farolete Dianteiro</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> <tr> <td>Farolete Traseiro</td> <td>( 0 ) Não</td> <td>( 1 ) Sim</td> </tr> </tbody> </table>	Campainha (buzina)	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Refletor dianteiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Refletor traseiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Refletor lateral	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Refletor nos pedais	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Espelho retrovisor ao lado esquerdo	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Freio funcionando	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Farolete Dianteiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	Farolete Traseiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim	<p><i>GCAMP</i> __  <i>GRDIA</i> __  <i>GRTRA</i> __  <i>GRLAT</i> __  <i>GRPED</i> __  <i>GRETR</i> __  <i>GFREI</i> __  <i>GFARD</i> __    <i>GFART</i> __</p>
Campainha (buzina)	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Refletor dianteiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Refletor traseiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Refletor lateral	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Refletor nos pedais	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Espelho retrovisor ao lado esquerdo	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Freio funcionando	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Farolete Dianteiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										
Farolete Traseiro	( 0 ) Não	( 1 ) Sim																										

<p><b>C85) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que o(a) Sr(a) utiliza ou utilizou alguma vez na vida?</b> (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa)</p>	
<p>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral) (0) Não (1) Sim  Camisinha masculina (preservativo/condom) (0) Não (1) Sim  Camisinha feminina (0) Não (1) Sim  Ligadura de trompas (esterilização feminina) (0) Não (1) Sim  Vasectomia (esterilização masculina) (0) Não (1) Sim  DIU (Dispositivo Intra-Uterino) (0) Não (1) Sim  Diafragma (0) Não (1) Sim  Geléia Espermaticida (0) Não (1) Sim  Método do Ritmo ou Tabelinha (0) Não (1) Sim  Coito Interrompido (0) Não (1) Sim  Temperatura basal/Muco cervical (0) Não (1) Sim  Anticoncepcional Injetável (0) Não (1) Sim  “Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência (0) Não (1) Sim  Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos) (0) Não (1) Sim  (7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A QUESTÃO C87  (8) NSA</p>	<p>MPIL __  MCAMM __  MCAMF __  MLIGA __  MVASE __  MDIU __  MDIAF __  MGEL __  MTAB __  MCOIT __  MTEMP __  MINJ __  MEMER __</p>
<p><b>C86) Quando o(a) Sr(a) optou pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos?</b>  (0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MOUT __  MNAD __</p>
<p><b>C87) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas?</b></p> <p>a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário.  (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual.  (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula.  (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula.  (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MPROFS __  MESQPIL __  MHOPIL __</p>
<p><b>C88) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas?</b></p> <p>a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente.  (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis (DST).  (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MFUPIL __  MPAPIL __</p>
<p><b>C89) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas?</b></p> <p>a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos.  (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos.</p>	<p>MCREB __</p>



(0) Não      (1) Sim      (9) IGN		
<b>C90) Quando começa um ciclo menstrual?</b>	<i>MCDST__</i>	
(1) No primeiro dia da menstruação		
(2) No último dia da menstruação		
(3) No dia da ovulação		
(9) IGN	<i>MLIGIND__</i>	
<b>C91) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre:</b>		
(1) No 1º dia da menstruação		
(2) No último dia da menstruação	<i>MLIGFI__</i>	
(3) No 14º dia após o início da menstruação		
(4) No 14º dia após o término da menstruação		
(5) Igual em todos os dias do mês	<i>MINCLO__</i>	
(9) IGN	<i>MRISCO__</i>	
<b>C92) O(a) Sr(a) tem filhos?</b>		
(0) Não      (9) IGN		
(1) Sim. <b>Quantos?</b> _____ (88) NSA    (99) IGN		
<b>Com que idade teve o 1º filho?</b> _____ (88) NSA    (99) IGN		
SE O ENTREVISTADO FOR <u>HOMEM</u>	<i>MTFIL__</i>	
<b>C93.a) O Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida?</b>	<i>MNFIL__</i>	
(0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO		
(1) Sim      (8) NSA      (9) IGN	<i>MPRIMF__</i>	
SE O ENTREVISTADO FOR <u>MULHER</u>		
<b>C93.b) A Sra. já esteve grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida?</b>		
(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO	<i>MGINDH__</i>	
(1) Sim      (8) NSA      (9) IGN		
<b>C94) O(a) Sr(a) e/ou o(a) seu(sua) companheiro(a) estava usando algum método anticoncepcional?</b>		
(0) Não      (8) NSA      (9) IGN		
(1) Sim. <b>Qual?</b> (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa).	<i>MGINDM__</i>	
Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não      (1) Sim	<i>MGIND__</i>
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não      (1) Sim	<i>MGPIL__</i>
Camisinha feminina	(0) Não      (1) Sim	<i>MGCAMM__</i>
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não      (1) Sim	<i>MGCAMF__</i>
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não      (1) Sim	<i>MGLIGA__</i>
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não      (1) Sim	<i>MGVASE__</i>
Diafragma	(0) Não      (1) Sim	<i>MGDIU__</i>
Geléia Espermaticida	(0) Não      (1) Sim	<i>MGDIAF__</i>
Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)	(0) Não      (1) Sim	<i>MGGEL__</i>
Coito Interrompido	(0) Não      (1) Sim	<i>MGTABE__</i>
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não      (1) Sim	<i>MGCOIT__</i>
Anticoncepcional Injetável	(0) Não      (1) Sim	<i>MGTEMP__</i>
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não      (1) Sim	<i>MGINJ__</i>
		<i>MGEMER__</i>

<p>Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)</p> <p>(8) NSA</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>MGOUT__</p>
<p>AS QUESTÕES C95 A C101 DEVEM SER RESPONDIDAS POR <u>HOMENS E MULHERES</u> COM IDADE ATÉ <u>64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS</u></p>		
<p><b>AGORA FALAREMOS SOBRE DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO ANO</b></p>		
<p><b>C95) Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado o(a) Sr(a) teve dor de cabeça?</b>  (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO  (1) Sim</p>		<p>EDORC__</p>
<p><b>C96) Quantos ataques de dor de cabeça o(a) Sr(a) teve desde &lt;MÊS&gt; do ano passado?</b>  (0) menos de 5 ataques  (1) 5 ataques ou mais  (8) NSA (9) IGN</p>		<p>EATAQ__</p>
<p><b>C97) De um modo geral, se o(a) Sr(a) não tomar remédio ou se o remédio não adiantar, esses ataques de dor de cabeça duram:</b>  (1) Até 4 horas  (2) Mais de 4 horas a 3 dias  (3) Mais de 3 dias  (8) NSA (9) IGN</p>		<p>EDUR__</p>
<p><b>C98) Em cada ataque de dor de cabeça, a dor de um modo geral, no início, é:</b>  (1) Somente em um dos lados da cabeça  (2) Às vezes em um lado, às vezes nos dois lados da cabeça  (3) Dos dois lados da cabeça ao mesmo tempo  (8) NSA (9) IGN</p>		<p>ELOC__</p>
<p><b>C99) Essa dor de cabeça, de um modo geral, é:</b>  (1) Latejante/pulsátil  (2) Em pressão ou aperto  (3) Em fisgada ou pontada  (4) Outro modo  (8) NSA (9) IGN</p>		<p>ETIP__</p>
<p><b>C100) Essa dor de cabeça, de um modo geral:</b>  (0) Não atrapalha suas atividades do dia-a-dia  (1) Atrapalha um pouco suas atividades do dia-a-dia  (2) Atrapalha totalmente suas atividades do dia-a-dia  (8) NSA (9) IGN</p>		<p>EATIV__</p>
<p><b>C101) Quando o(a) Sr (a) sente dor de cabeça:</b>  <b>Ela é acompanhada de vontade de vomitar ou enjôo?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>ENAU__</p>
<p><b>Ela piora na presença de luz ou claridade?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>ECLAR__</p>
<p><b>Ela piora com barulhos?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>EBARU__</p>
<p><b>Ela piora com atividades como caminhar, subir escadas, abaixar-se?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>EPIAT__</p>
<p>AS QUESTÕES C102 A C110 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>HOMENS</u> COM <u>20 ANOS OU MAIS</u></p>		

**AGORA FALAREMOS SOBRE RENDIDURA OU HÉRNIA NA VIRILHA**

**C102) O Sr. tem ou já teve rendidura ou hérnia na virilha?**

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C105 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

*HERNIA* \_\_

**C103) Há quanto tempo o Sr. sabe que tem rendidura ou hérnia na virilha?**

\_\_ \_\_ ano(s) \_\_ \_\_ meses

*HIMES* \_\_ \_\_

**C104) O Sr. já foi operado de rendidura ou hérnia na virilha?**

(000) Não

Sim → SE SIM: **Há quanto tempo?** \_\_ \_\_ ano(s) \_\_ \_\_ meses (888) NSA (999) IGN

*HOPMES*

\_\_ \_\_ \_\_

**C105) O Sr. tem algum parente: pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, que tem ou teve rendidura ou hérnia na virilha?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

*HIHF* \_\_

**C106) Com que frequência o Sr. costuma praticar exercícios abdominais?**

(0) Nunca

(1) Menos de uma vez por semana

(2) Uma vez por semana

(3) Duas ou mais vezes por semana

(8) NSA (9)IGN

*HABD* \_\_

**C107) O Sr. costuma ter prisão de ventre?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

*HOBST* \_\_

**C108) O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

*HTOSSE* \_\_

**C109) Com que frequência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho ou em outra atividade?**

(0) nunca

(1) raramente

(2) geralmente

(3) sempre

(8) NSA (9) IGN

*HLVPSO* \_\_

**C110) Quantos lances de escada ou andares de escada o Sr. costuma subir diariamente em casa ou no trabalho? \_\_ \_\_ lances/dia**

(00) Se não utiliza escada diariamente

(88) NSA (99) IGN

*HSOBES* \_\_ \_\_

**QUEREMOS AVISAR O SR. QUE PARA UMA PESQUISA COMPLEMENTAR, UM MÉDICO PODE VIR LHE FAZER UMA NOVA VISITA NOS PRÓXIMOS DIAS.**

Horário do término da entrevista \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_

AS QUESTÕES C111 A C120 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR MULHERES COM IDADE ENTRE 20 E 49

ANOS 11 MESES E 29 DIAS

SE FOR MULHER E TIVER IDADE ENTRE 50 E 59 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS, PULAR PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

**AGORA FALAREMOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER**

**C111) Nos últimos três meses, a Sra. menstruou normalmente?**

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C119 (1) Sim (9) IGN

*SMENS* \_\_

**VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUações. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE SENTIMENTOS QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUação.**

**SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.**

**C112) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra.:**

- Ficou triste, com vontade de chorar? (0)Não (1)Sim (9) IGN
- Ficou com muita raiva de alguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN
- Ficou irritada, “briguenta” ou de mau humor? (0)Não (1)Sim (9) IGN
- Sentiu que estava muito nervosa ou tensa? (0)Não (1)Sim (9) IGN
- Sentiu que estava muito confusa? (0)Não (1)Sim (9) IGN
- Ficou com vontade de se isolar, de não ver ninguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN
- Sentiu que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho? (0)Não (1)Sim (9) IGN

STRIS \_\_  
SRAIV \_\_  
SIRIT \_\_  
SNERV \_\_  
SCONF \_\_  
SISOL \_\_  
  
SCANS \_\_

**VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUações. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUação.**

**SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.**

**C113) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra. teve:**

- Dor ou aumento de tamanho nos seios? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Inchaço nas mãos ou nas pernas? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Ganho de peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos? (0) Não (1) Sim (9) IGN

SEIOS \_\_  
  
SBARG \_\_  
SCABE \_\_  
SMAOP \_\_  
**SGPES** \_\_  
SDORJ \_\_  
SDIFA \_\_  
SFALS \_\_  
SFALT \_\_  
SDIF \_\_

**C114) Algum dos problemas perguntados acima:**

- Atrapalhou seu relacionamento em casa? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN
- Precisou que faltasse à escola? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN
- Precisou que faltasse ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN
- Outros problemas: \_\_\_\_\_

STPM \_\_

**C115) A Sra. acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual?**

- (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C117 (1) Sim (9) IGN

STRAT \_\_

**C116) A Sra. fez ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual?**

- (0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN

SREME \_\_

**C117) A Sra. toma algum hormônio ou remédio para a menopausa?**

- (0) Não (1) Sim (9) IGN

EMEN \_\_

**C118) A Sra. tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação?**

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN

EPIL \_\_

**C119) A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar?**

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

**C120) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça?**

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

EAUM \_\_

AS QUESTÕES C121 A C130 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE <u>20 E 59 ANOS 11 MESES E 29 DIAS</u> <b>AGORA FALAREMOS SOBRE EXAMES DE PREVENÇÃO</b>	
<p><b>C121) A Sra já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	CCAN__
<p><b>C122) Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra já ouviu falar deste exame?</b> (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C128 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	CPREC__
<p><b>C123) A Sra já fez este exame?</b> (00) Não (88) NSA (99) IGN Sim → <b>SE SIM: quantas vezes?</b>__ __ <b>A Sra fez este exame no Posto de Saúde durante a Campanha de 2002?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>SE JÁ FEZ ESTE EXAME ALGUMA VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C125</p>	CFEZP__ __ C2002__
<p><b>C124) Por que a Sra nunca fez este exame?</b> (marcar a resposta dada pela entrevistada na coluna (1), a seguir <u>LER AS OPCÕES</u> e marcar as respostas nas colunas (2) e (3). Se a primeira resposta for a opção “f”, não ler as demais).</p> <p>a) Acha que vai doer (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não b) Tem medo que dê câncer (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não c) Não sabe onde faz (1) Não Sabe, esp. (2)Não sabe, ind. (3)Sabe d) O médico não pediu este exame (1) Não pediu esp. (2)Não pediu, ind. (3)Pediu e) Sente vergonha (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não f) Nunca teve relações sexuais (não ler) (1) Nunca tive,esp. (9) IGN (6)Outra opção _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>PULE PARA A QUESTÃO C128</p>	CDOI__ CMEDO__ CNOND__ CNPED__ CVERG__ CNREL__ COUTR__
<p><b>C125) Há quanto tempo a Sra fez este exame?</b> <b>Pela última vez</b>__ __anos __ __meses <b>E antes desta última vez</b>__ __anos __ __meses (8888) NSA (9999) IGN</p>	CULPR__ _____ CPNPR__ _____ _____
<p><b>C126) Onde a Sra costuma fazer este exame para evitar o câncer do colo do útero?</b> (1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do <u>SUS</u> ou Faculdade de Medicina (2) Clínica ou consultório por <u>convênio</u> (3) Clínica ou consultório <u>particular</u> (4)Outro _____</p>	CONFZ__
<p><b>C127) O resultado deste exame demora alguns dias para ficar pronto. A Sra ficou sabendo o resultado do último exame que evita o câncer do colo do útero?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	CSABU__
<p><b>C128) Este exame serve para ver se tem câncer no colo do útero. A Sra acha que este tipo de câncer tem cura?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	CCACU__

<p><b>C129) A Sra consultou com ginecologista de &lt;MÊS&gt; do ano passado pra cá?</b>  (0) Não      Sim → SE SIM: (1)SUS      (2)Convênio      (3)Particular  (8) NSA      (9) IGN</p>	<p>CGANO__</p>
<p><b>C130) A Sra acha que o exame ginecológico dói?</b>  (0) Não    Sim  SE SIM (1) Um pouco    (2) Mais ou menos    (3) Muito  (8) NSA                  (9) IGN</p>	<p>CEXDO__</p>
<p>Horário do término da entrevista __ __ : __ __</p>	