

Epidemiologia e Serviços de Saúde

REVISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

| Volume 15 - Nº 3 - julho / setembro de 2006 |

ISSN 1679-4974

3

Epidemiologia e Serviços de Saúde

REVISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

| Volume 15 - Nº 3 - julho / setembro de 2006 |

ISSN 1679-4974

A revista **Epidemiologia e Serviços de Saúde** do SUS
é distribuída gratuitamente. Para recebê-la, escreva à

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços - CGDEP
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS
Ministério da Saúde
SEPN, Avenida W3 Norte, Quadra 511, Bloco C, 3º andar, Edifício Bittar IV, Asa Norte
CEP: 70750-543. Brasília-DF,

ou para o endereço eletrônico
revista.svs@saude.gov.br

A versão eletrônica da revista está disponível na Internet:

<http://www.saude.gov.br/svs/pub/pub00.htm>

<http://www.saude.gov.br/bvs>

<http://www.iec.pa.gov.br>

E no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior (Capes/MEC), <http://www.periodicos.capes.gov.br>

Indexação: LILACS, ADSaúde e Free Medical Journal

© 2003. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

ISSN 1679-4974

Editor Geral

Jarbas Barbosa da Silva Júnior - SVS/MS

Editora Executiva

Maria Regina Fernandes de Oliveira - SVS/MS

Editores Assistentes

Ana Maria Johnson de Assis - SVS/MS

Ermenegildo Munhoz Junior - SVS/MS

Elza Helena Krawiec - SVS/MS

Roseane do Socorro Tavares Ursulino Calmon - SVS/MS

Sérgio Saraiva Nazareno dos Anjos - SVS/MS

Editor de Texto

Ermenegildo Munhoz Junior - SVS/MS

Editor Gráfico

Fabiano Camilo

Comitê Editorial

Denise Aerts - Ulbra/RS

Eliseu Alves Waldman - FSP/USP/SP

José Cássio de Moraes - FCM-SC/SP

Maria Cecília de Souza Minayo - Fiocruz/RJ

Maria Fernanda Lima-Costa - NESP/CPqRR/Fiocruz/MG

Marilisa Berti de Azevedo Barros - FCM/Unicamp

Maurício Lima Barreto - ISC/UFBA/BA

Moisés Goldbaum - FM/USP/SP

Paulo Chagastelles Sabroza - ENSP/Fiocruz/RJ

Pedro Luiz Tauil - FM/Unb/DF

Consultores

Otaliba Libânio de Moraes Neto - SVS/MS

Maria de Fátima Marinho - SVS/MS

Déborah Malta - SVS/MS

Expedito José de Albuquerque Luna - SVS/MS

Eduardo Hage Carmo - SVS/MS

Luiza de Marilac Meireles Barbosa - SVS/MS

Maria Cândida de Souza Dantas - SVS/MS

Gerusa Maria Figueiredo - SVS/MS

Josenei Raimundo Pires dos Santos - SVS/MS

Rosa Castália França Ribeiro Soares - SVS/MS

Fabiano Geraldo Pimenta Junior - SVS/MS

Giovanini Evelin Coelho - SVS/MS

José Lázaro de Brito Ladislau - SVS/MS

Sônia Maria Feitosa Brito - SVS/MS

Guilherme Franco Netto - SVS/MS

Pedro José de Novaes Chequer - SVS/MS

Douglas Hatch - CDC/EUA

Lenita Nicoletti - Fiocruz/MS

Márcia Furquim - FSP/USP/SP

Maria da Glória Teixeira - UFBA/BA

Maria Lúcia Penna - UFRJ/RJ

Projeto Editorial

André Falcão

Tatiana Portela

Projeto Gráfico

Fabiano Camilo

Revisão de Texto

Waldir Rodrigues Pereira

Normalização Bibliográfica

Raquel Machado Santos

Editoração Eletrônica

Edite Damásio da Silva

Tiragem

28.000 exemplares

Epidemiologia e Serviços de Saúde / Secretaria
de Vigilância em Saúde. - Brasília : Ministério
da Saúde, 1992-

Trimestral

ISSN 1679-4974

ISSN 0104-1673

Continuação do Informe Epidemiológico
do SUS. A partir do volume 12 número 1,
passa a denominar-se Epidemiologia e
Serviços de Saúde

1. Epidemiologia.

ERRATA

Por um lapso editorial, neste ano de 2006, o fascículo nº 2 do volume 15 desta revista não seguiu a paginação de forma contínua. Assim sendo, os números 3 e 4 do mesmo volume estão sendo publicados com paginação tendo início e fim no próprio fascículo.

A editoração da Epidemiologia e Serviços de Saúde retomará a paginação contínua no ano de 2007.

I Sumário

Editorial

7 **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**

Work Organization and Professional Profile of the Family Health Program: a Challenge in the Health Basic Attention Restructuring

Rosângela Minardi Mitre Cotta, Márcia Schott, Catarina Machado Azeredo, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Sílvia Eloísa Priore e Glauce Dias

19 **Prevalência de diarreia na população do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, em 2003**

Prevalence of Diarrhoea in the Population of the Medical Care and Training District of Tucumã, Municipality of Rio Branco, Acre State, Brazil, in 2003

Raquel Rangel Cesario e José Tavares-Neto

29 **Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003**

Normative Evaluation of the Immunization Action in the Teams of the Family Health Program, in the Municipality of Olinda, Pernambuco State, Brazil, in 2003

Daniela Maria dos Santos, Luciana dos Santos Dubeux, Paulo Germano de Frias, Lygia Cármen de Moraes Vanderlei e Suely Arruda Vidal

37 **Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil**

Popular Knowledge of Generic Medicine in a Medical Care and Training District of the Municipality of Rio Branco, Acre State, Brazil

Marta Adelino da Silva Faria e José Tavares-Neto

47 **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**

Building Surveillance and Prevention for Chronic Non Communicable Diseases in the National Unified Health System

Deborah Carvalho Malta, Antônio Carlos Cezário, Lenildo de Moura, Otaliba Libânio de Moraes Neto e Jarbas Barbosa da Silva Junior

66 **Normas para publicação**

I Editorial

SUS: um amplo espectro de atuação

O atual número da *Epidemiologia e Serviços de Saúde* apresenta-nos o caráter de amplo espectro da área da Saúde. Seus artigos abrangem desde a atenção médica básica, como o atendimento a casos de diarreia, a procedimentos de alta complexidade, como para as doenças crônicas não transmissíveis.

Um dos enfoques abordados na maioria dos artigos desta edição é o Programa Saúde da Família (PSF), uma das formas de prestação de serviços básicos à população e também um facilitador para a realização de estudos de interesse epidemiológico e de organização desses serviços.

O PSF, segundo o Ministério de Saúde, é “...uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde... Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família”.¹

Em 2005, havia 24.600 equipes de saúde da família atuantes em quase 5.000 Municípios, cobrindo cerca de 44% da população e representando um investimento da ordem de 2,7 bilhões de reais.¹

*“A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde”.*¹

Essas características de responsabilidade, se cumpridas, facilitam a identificação de problemas de saúde relevantes e a proposição e realização de pesquisas operacionais.

Para as equipes cumprirem com seu papel, necessitam receber um treinamento adequado no campo da vigilância epidemiológica. O primeiro artigo aqui editado, “*Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica do SUS*”,² aborda a deficiência de formação das equipes, em que somente o agente comunitário de saúde (ACS) recebe um treinamento específico. Outro problema que merece destaque é o vínculo profissional, temporário, o qual dificulta o estabelecimento de uma relação entre o serviço e a população atendida.

O segundo trabalho, “*Prevalência de diarreia na população do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, em 2003*”,³ ressalta a importância da integração entre academia e serviços de saúde na análise de problemas ainda relevantes em nosso meio, como as diarreias. Os dados reforçam a necessidade de fortalecimento da atenção básica e de fomento à pesquisa. Em ambas as questões abordadas, o PSF pode e deve ter um papel de destaque.

O terceiro artigo, uma “*Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003*”,⁴ mostra-nos um dos programas prioritários de Saúde Pública em nível nacional, no qual o Brasil destaca-se pela eliminação da transmissão

autóctone do poliovírus selvagem em 1989, pela recente eliminação do sarampo, pela redução significativa das demais doenças imunopreveníveis, embora a ação não se encontre implantada, com toda sua potencialidade, entre as equipes de saúde de família no Município de Olinda, Pernambuco. Os resultados obtidos reforçam a necessidade da integração do PSF às demais atividades de atenção básica, sob risco de reforçarmos sua fragmentação e testemunharmos a constituição de um programa paralelo aos demais desenvolvidos pelos serviços de saúde do Município; e, conseqüentemente, a diminuição da eficiência do Programa Nacional de Imunização, PNI.

O quarto trabalho, “*Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil*”,⁵ avalia outro programa estratégico do SUS, no uso de medicamento genérico por parte da população. O estudo demonstra, claramente, que o pequeno uso desses medicamentos está relacionado ao pior nível socioeconômico da população estudada e à baixa eficiência das campanhas educativas. A identificação desse problema reforça a necessidade de avaliarmos, de forma continuada, os programas desenvolvidos e/ou estimulados pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municipais.

Finalmente, o último manuscrito publicado, “*A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde*”,⁶ descreve, com objetividade e transparência, o trabalho estruturante realizado pelo Ministério da Saúde nessa área. A Vigilância Epidemiológica de status institucional, segundo os autores, necessita se adequar à nova realidade epidemiológica. Saber usar, com sentido de oportunidade, todos os sistemas de informação disponíveis, com melhoria de sua abrangência e qualidade, na implantação e implementação de novas formas de vigilância e na pesquisa contribuirá para conferir continuidade e permanência ao processo de produção e incorporação de conhecimentos sobre os fatores de risco e o impacto dos programas de vigilância e prevenção das doenças transmissíveis.

José Cássio de Moraes
Membro do Comitê Editorial

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. [página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acessado em julho de 2006, para informações de 2005]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>
2. Cotta RMM, JLB, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3):7-18.
3. Cesario RR, Tavares-Neto J. Prevalência de diarreia na população do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, em 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3):19-28.
4. Santos DM, Dubeux LS, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal AS. Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3): 29-35.
5. Faria MAS, Tavares-Neto J. Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3): 37-45.
6. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto, OL, Silva Junior, JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3): 47-65.

Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde

Work Organization and Professional Profile of the Family Health Program: a Challenge in the Health Basic Attention Restructuring

Rosângela Minardi Mitre Cotta

Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG

Márcia Schott

Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG

Catarina Machado Azeredo

Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG – graduanda, bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do Ministério da Ciência e Tecnologia

Sylvia do Carmo Castro Franceschini

Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG

Sílvia Eloísa Priore

Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG

Glauce Dias

Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG

Resumo

Este estudo tem por objetivo delinear o perfil dos profissionais e a organização do trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família mediante pesquisa quali-quantitativa, com aplicação de questionário semi-estruturado, dirigida aos profissionais das equipes de saúde da família do Município de Teixeira, no Estado de Minas Gerais, Brasil. A maior parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) conta com 2º grau de escolaridade completo (55,6%); apenas os ACS receberam algum tipo de treinamento. A remuneração foi considerada razoável por médicos (66,7%), enfermeiros (66,7%) e ACS (39%); e baixa, pela maioria dos auxiliares de enfermagem (66,7%). O transporte foi a principal dificuldade relatada para a realização do trabalho. Essa pesquisa permite apontar as questões referentes à organização do trabalho e qualificação profissional das ESF como obstáculos reais para uma implantação mais adequada dessa estratégia, segundo seus princípios norteadores, que tem o coletivo e a família como focos de atenção.

Palavras-chave: recursos humanos em saúde; capacitação em serviço; atenção primária à saúde; saúde da família.

Summary

This study aims to trace the professionals profile and the work organization in the quotidian of the Family Health Program (PSF) through a quali-quantitative research with application of semi-structured questionnaires directed to professionals of the family health team from the Municipality of Teixeira, Minas Gerais State, Brazil. Most of communitarian health agents (ACS) showed complete high school level (55.6%), and only ACS received some kind of training. The wage was considered reasonable by doctors (66.7%), nurses (66.76%), ACS (39.0%), however it was low by most of nursing assistants (66.7%). Transportation was mentioned as main difficulty to realize the work. This research let us point out questions referring to work organization and professional qualification of ACS, as real obstacle to a more adequate implantation of this strategy according to their orientated principles, which have community and family as focus of attention.

Key words: health manpower; inservice training; primary health care; family health.

Endereço para correspondência:

Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs, S/N, Campus Universitário, Viçosa-MG.
CEP: 36570-000
E-mail: rmmitre@ufv.br

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada.¹

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.² A qualidade dos serviços de saúde, dessa forma, passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, de fato, tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas.^{3,4}

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários.^{5,6} Destaca-se, aí, a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto. As condições necessárias à consecução dessa proposta já se encontram descritas na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) do Ministério de Educação e Cultura (MEC) – e nos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE) *apud* Franco T, Merhy E.⁷

Segundo a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, é indispensável para a implementação do SUS uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores, cuja evolução na carreira conte com o suporte de escolas de formação nas Secretarias de Saúde; ou mediante articulação com Secretarias de Educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior.⁸ Daí a criação dos Pólos de Educação Permanente, geralmente vinculados a centros universitários, arti-

culadores de uma ou mais instituições de formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos para a Saúde.⁹

A evidência científica informa sobre uma grave crise de situação de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no âmbito do SUS, desde a questão salarial e de carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais.² Entre os principais fatores agravantes, no Brasil, estão os baixos salários e as precárias condições de trabalho dos profissionais do serviço público, geradores de desmotivação, desresponsabilização na execução das atividades – por exemplo, não-cumprimento da carga horária – e abandono do trabalho.¹⁰ Diversas pesquisas mostram que no SUS, assim como nos demais setores do mercado de trabalho nacional, ao longo da década de 90, proliferaram os contratos informais de trabalho e o não-pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais de sua responsabilidade, para, enfim, privar os trabalhadores de direitos garantidos a eles pela lei, como férias, Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salário e aposentadoria. Sem essa proteção, esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos Municípios brasileiros.⁵

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹¹ também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo com base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho. Sobre os currículos universitários que referenciam sua formação, todavia, os cursos de graduação pautam-se em um paradigma curativo, hospitalocêntrico e fragmentado do conhecimento e da abordagem da saúde, ao valorizarem as especialidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer.^{6,12} Essa qualidade da formação do profissional faz com que sua atuação, ao ser contratado para o PSF, não raras vezes, se reduza ao consultório. Sendo assim, pela concepção do modelo assistencial ou pela organização do serviço ou prática de trabalho deformada, observa-se a desvalorização ou mesmo inexistência de proposta de ação de saúde coletiva no interior da comunidade.¹³

Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde,

em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual.^{2,14} Ressalta-se a importância do trabalho em equipe e seu incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos e, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço.¹¹

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da Saúde são importantes de se considerar, para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre a saúde da comunidade.¹⁵ Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços. A elaboração e a adoção de medidas – quando necessárias – de reforço dessa qualificação possibilitam, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

O presente estudo tem o objetivo central de caracterizar o perfil dos profissionais que integram as equipes de saúde da família (ESF) e as condições definidoras e norteadoras de suas práticas sanitárias, tendo por referência a ação do Programa Saúde da Família no Município de Teixeira, Estado de Minas Gerais.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa que utiliza, como instrumento de coleta de informação, um questionário semi-estruturado aplicado em entrevistas individuais com todos os profissionais componentes das ESF do Município de Teixeira-MG (n=28). Teixeira possui área territorial de 167km², densidade demográfica de 66,8 habitantes/km² e encontra-se a 648m de altitude; pertence à microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata mineira.¹⁶

Segundo o censo demográfico realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2000, o Município conta com uma população total de 11.149 habitantes, 6.949 residentes na zona urbana (62,33%) e 4.200 (37,67%) na zona rural, que cresce a uma taxa média anual de 1,23%.¹⁶ O ano de referência da implantação do PSF na localidade

foi 1997, com a primeira ESF destinada, inicialmente, a cobrir 38% dos domicílios com predominância urbana (apenas uma microárea está situada na zona rural), distribuídos em cinco microáreas. Em setembro de 1998, incorporou-se uma segunda ESF, predominantemente de cobertura rural. Então, o PSF local passou a atender a 1.759 domicílios, ou seja, 65% da população; e em outubro de 1999, com a implantação da terceira ESF, expandiu-se para 3.160 domicílios e um alcance de 114% da população, com a inclusão de algumas áreas externas aos limites municipais.

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Conhecer o perfil desses profissionais permite adotar medidas em prol de sua qualificação e melhor desempenho, para uma assistência sanitária mais adequada à população.

Atualmente, a Unidade de Saúde da Família (USF) de Teixeira cobre 100% da população, graças à atuação de três ESF que funcionam em uma unidade básica de saúde do Município. Em sua composição, essas equipes dispõem do seguinte perfil interdisciplinar profissional: médico; enfermeiro; auxiliar/técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS). Esses profissionais, proporcionalmente e em termos quantitativos, distribuem-se da seguinte forma: 64,3% (n=18) ACS; 14,3% (n=4) médicos; 10,7% (n=3) enfermeiros; e 10,7% (n=3) auxiliares/técnicos de enfermagem. Em uma das equipes, houve substituição do médico, o qual também foi entrevistado. Todos os profissionais (n=28) aceitaram colaborar com a pesquisa e responder ao questionário.

Os dados foram coletados na própria USF, entre novembro e dezembro de 2003, por entrevistadores

devidamente treinados. De acordo com os objetivos do estudo, determinaram-se as seguintes variáveis de análise: cobertura do atendimento; características dos profissionais; forma de contratação; jornada de trabalho; escolaridade e formação profissional; treinamento/cursos de capacitação para atuar no PSF; remuneração; atividades realizadas; dificuldades enfrentadas; e relacionamento entre profissionais e com a comunidade.

A análise dos dados contemplou uma abordagem quantitativa mediante verificação de frequência simples e valor absoluto, pela aplicação do *software* Epi Info.¹⁷

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido a análise e aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Cobertura do atendimento

O Município de Teixeira conta com três ESF, responsáveis pela cobertura de 100% de sua população. Para a primeira ESF, estão referenciados 47% da população, todos da zona urbana; a segunda equipe tem uma cobertura de 39% da população, todos moradores de sua zona rural; e a terceira equipe atende aos 14%

da população restante, urbana e rural, ademais de moradores de zona fronteiriça ao Município.

Características dos profissionais

Em Teixeira, cada uma das três equipes do PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS, em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.¹⁸

A faixa etária dos profissionais preponderante é de 20 a 30 anos (42,9%); a idade dos entrevistados oscila entre 19 e 57 anos e sua mediana correspondente é de 28 anos. Predomina o sexo feminino (57%) entre os profissionais dessas equipes.

Forma de contratação

A Tabela 1 apresenta um dado interessante sobre a forma de contratação dos profissionais no PSF: se grande parte dos ACS e dos auxiliares de enfermagem foi contratada em função de concurso público, todos os enfermeiros e a maioria dos médicos foram contratados por outros meios, como, por exemplo, convite ou simples ocupação de vaga disponível.

Jornada de trabalho

No que se refere à jornada de trabalho dos profissionais no PSF, todos os ACS e auxiliares de enfermagem cumpriam oito horas diárias, enquanto entre os médicos e enfermeiros, apenas 50% de cada categoria cumpria tal carga horária – os demais 50% trabalhavam seis horas por dia. O tempo de permanência dos profissionais nesses serviços, desde a contratação, é de 24 meses, em média.

Tabela 1 - Profissionais da equipe de saúde da família segundo a forma de contratação no Município de Teixeira, Estado de Minas Gerais. Brasil, 2003

Profissionais	Critérios de contratação					
	Concurso		Indicação		Outros	
	n	%	n	%	n	%
Médicos	1	25	-	-	3	75
Enfermeiros	-	-	-	-	3	100
Auxiliares de enfermagem	2	66,66	1	33,33	-	-
Agentes comunitários de saúde (ACS)	12	66,66	6	33,33	-	-
TOTAL	15	53,57	7	25,0	6	21,43

Em relação à disponibilidade de dedicação exclusiva ao PSF, observa-se que 32,1% de seus profissionais trabalham em outros locais, ou seja, acumulam atividades profissionais (100% dos médicos, 67% dos enfermeiros e 17% dos ACS).

Quanto a outros vínculos de trabalho, 11% dos profissionais trabalham seis horas/dia e o percentual restante (89%) dedica entre duas e quatro horas/dia.

Escolaridade e formação profissional

Sobre o nível de escolaridade dos profissionais das ESF, conforme demonstra a Figura 1, a maioria dos ACS (56%) tem segundo grau completo; destes, 22% apresentam formação técnica. Todos os auxiliares de enfermagem são de nível técnico.

Quanto à realização de algum tipo de especialização, residência ou outra pós-graduação, 75% dos médicos têm alguma especialidade – um ortopedista e doutor na área de concentração em Saúde Pública, uma dermatologista e uma especialista em Saúde da Família, Nutrição Materno-Infantil e Acupuntura. A residência foi realizada por 50% dos médicos.

Quanto à formação dos enfermeiros, 33,3% têm especialização em Administração em Serviço de Saúde, 33,3% cursam especialização em Nutrição e Saúde na área de concentração em Saúde Pública e os demais 33,3% levam o título de Técnico em Segurança do Trabalho.

Treinamento/

cursos de capacitação para atuar no PSF

Os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) não receberam qualquer tipo de treinamento ou capacitação. Já os ACS e os auxiliares de enfermagem foram treinados no próprio PSF: para 72% dos ACS, o treinamento realizou-se somente após sua contratação, para 11%, uma vez por ano, e para 17%, duas vezes por ano; entre os auxiliares de enfermagem, somente 33% relataram submeter-se a treinamento com periodicidade de duas vezes/ano.

Quanto ao tipo de treinamento, destacam-se as orientações, que correspondem a 46,42% do treinamento recebido e são realizadas na forma de acompanhamento de atividades desenvolvidas pelos ACS, ora por médicos, ora por enfermeiros. *Videotapes* foram a segunda forma de treinamento mais freqüente, adotada tanto para os ACS como para os auxiliares de enfermagem. Esporadicamente, utiliza-se de palestras.

Remuneração

Em relação ao grau de satisfação com a remuneração recebida pelo trabalho prestado, tem-se que: 43% dos entrevistados a consideraram razoável; 32,1%, baixa; 17,9%, muito baixa e apenas 7,1% consideraram sua remuneração boa. A Figura 2 mostra o grau de satisfação com a remuneração por categoria profissional.

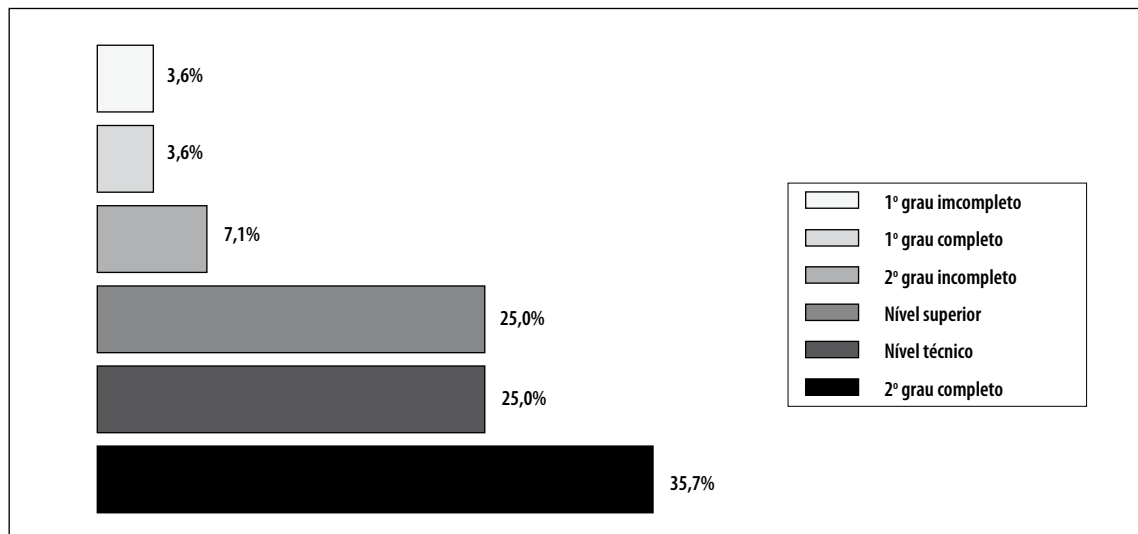


Figura 1 - Escolaridade dos profissionais que integram as equipes de saúde da família no Município de Teixeira, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2003

Atividades realizadas

Na Figura 3, onde são descritas as principais atividades realizadas pelos profissionais do PSF, destacam-se as visitas domiciliares, o trabalho com grupos especiais (gestantes, hipertensos e diabéticos), palestras e as atividades já previstas para esses profissionais.¹⁹

Dificuldades enfrentadas

As principais dificuldades enfrentadas para a realização do trabalho no PSF estão descritas nas tabelas 2 e 3, a partir da óptica dos profissionais e segundo as áreas de desenvolvimento das atividades: urbana; rural; e urbano-rural.

Ao se analisarem as dificuldades, categorizadas por serviço, atendimento domiciliar e ao usuário, observou-se que a falta de transporte foi a mais citada pelos profissionais, tanto em relação ao serviço (60,71%) quanto ao atendimento domiciliar (61%) —, haja vista que mais de 39% dos domicílios se encontram na zona rural e compreendem todas as famílias atendidas pela segunda ESF mais aquelas — de zona rural — atendidas pela terceira equipe. As três equipes dispõem apenas de um veículo automotor, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias que requerem a utilização desse meio de transporte.

A falta de material (50%) para a realização do trabalho foi uma importante dificuldade citada pelos atores entrevistados, especialmente quanto à carência de medicamentos, curativos e até material de expediente.

A resistência à assistência por parte dos usuários (36%), entretanto, destacou-se como a principal difi-

culdade enfrentada pelos profissionais, rejeição essa atribuída, predominantemente, a questões de ordem político-partidária.

Relacionamentos entre profissionais e com a comunidade

O relacionamento dos profissionais foi objeto de avaliação, igualmente, focado em três aspectos fundamentais: a relação entre profissionais da mesma equipe, entre profissionais de equipes diferentes e entre profissionais e comunidade.

Ao se perguntar sobre a relação entre profissionais da mesma equipe, 71,0% a classificaram como boa, 17,85% destacaram a existência de cooperação entre profissionais, 7,14% revelaram a formação de subgrupos por diferenças e 3,57% afirmaram que o relacionamento é pautado por um caráter indiferente. A respeito da relação entre profissionais de equipes distintas, apresentada na Figura 4, revela-se que 67,85% dos profissionais classificam-na como boa ou cooperativa — 50% e 17,85%, respectivamente.

Finalmente, a relação dos profissionais com a comunidade, segundo 71,4% dos entrevistados, é boa, 25% consideram que é muito boa e apenas 3,6% relatam-na como indiferente.

Discussão

O pensar e o fazer saúde requerem uma nova lógica e organização de trabalho, demandam o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite

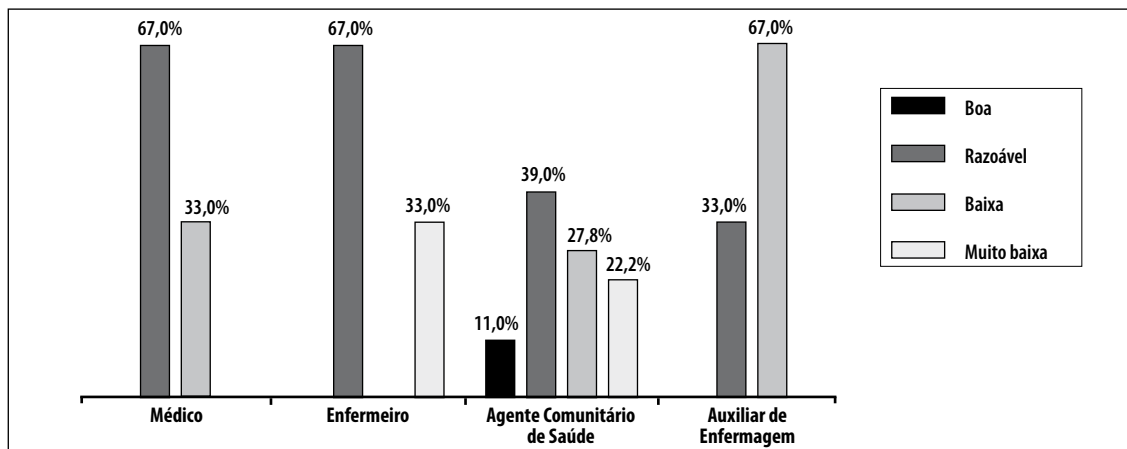


Figura 2 - Grau de satisfação dos profissionais com a remuneração recebida do Programa Saúde da Família (PSF) no Município de Teixeira, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2003

Funções	Principais atividades	
	Realizadas	Previstas ^a
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento ambulatorial; - orientação de ACS; - orientação de enfermeiros; - palestras; - trabalho com grupos específicos (gestantes, hipertensos, diabéticos); e - visita domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> - conhecimento do sistema de referência e contra-referência; - execução de ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica; - realização de consultas, diagnósticos e tratamentos de indivíduos e famílias; - participação do processo de formação, capacitação e educação permanente das equipes; - planejamento e execução de ações educativas; - preenchimento do registro de produção de atividades; e - visitas domiciliares.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento ambulatorial; - orientação de ACS; - palestras; - trabalho com grupos específicos (gestantes, hipertensos, diabéticos); e - visita domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento do cadastramento e atualização dos dados pelos ACS; - ajuda na organização da unidade básica de saúde; - execução de ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica; - planejamento, execução, coordenação, acompanhamento e avaliação das ações de assistência de enfermagem ao indivíduo e à família; - promoção da capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem; e - visitas domiciliares.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento ambulatorial; - orientações quanto à higiene pessoal e de habitação dadas à população atendida; - trabalho com grupos específicos (gestantes, hipertensos, diabéticos); - verificação do cumprimento da prescrição médica; e - visita domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das famílias em situações de risco e acompanhamento de seus indivíduos em conjunto com os ACS; - limpeza, desinfecção, esterilização, conservação e armazenamento do material e equipamentos do serviço; e - visitas domiciliares, assistência de enfermagem e procedimentos em domicílio.
Agente comunitário de saúde (ACS)	<ul style="list-style-type: none"> - entrega de medicamentos a domicílio; - marcação de consultas; - marcação de exames; - orientações à população quanto à higiene pessoal e de habitação; - orientações à população quanto às campanhas de saúde realizadas; - palestras para a comunidade; - serviço interno; - solicitação de consulta domiciliar; - trabalho com grupos específicos (gestantes, hipertensos, diabéticos); - verificação do cumprimento da prescrição médica; e - visita domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, por meio de visitas domiciliares; - fortalecimento do elo entre indivíduos/famílias/comunidade e serviços de saúde; - mapeamento de sua microárea de atuação e cadastramento das famílias; e - orientações à comunidade sobre o direito à saúde e suas formas de acesso.

a) Prefeitura da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF; 2002.

Figura 3 - Principais atividades realizadas pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) no Município de Teixeiras, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2003

Tabela 2 - Principais dificuldades enfrentadas para realização do trabalho pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) no Município de Teixeira, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2003

Dificuldades enfrentadas	Profissionais (%)			
	Médicos	Enfermeiros	ACS	Auxiliares de enfermagem
Falta de transporte	50	66,66	61,11	66,66
Falta de infra-estrutura	-	33,33	27,77	33,33
Falta de equipamentos	25	33,33	33,33	100,00
Falta de médicos especialistas	25	-	11,11	33,33
Falta de medicamentos	25	33,33	38,88	100,00
Falta de apoio dos órgãos responsáveis pelo PSF	25	66,66	5,55	-
Falta de repasse de verbas da Prefeitura	25	66,66	11,11	33,33
Falta de vontade política	50	-	5,55	-
Aplicação indevida de verbas	-	33,33	-	-
Falta de mais profissionais	-	-	22,22	-
Falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) para aferir pressão arterial da população	-	-	5,55	-

Tabela 3 - Principais dificuldades enfrentadas para realização do trabalho pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) no Município de Teixeira, Estado de Minas Gerais, por zona de cobertura das equipes. Brasil, 2003

Dificuldades enfrentadas	Profissionais (%)		
	EQUIPE 1 Zona urbana	EQUIPE 2 Zona rural	EQUIPE 3 Zona urbano-rural
Falta de transporte	90	88,88	-
Falta de infra-estrutura	30	44,44	-
Falta de equipamentos	30	66,66	22,22
Falta de médicos especialistas	20	22,22	-
Falta de medicamentos	30	66,66	33,33
Falta de apoio dos órgãos responsáveis pelo PSF	10	22,22	11,11
Falta de repasse de verbas da Prefeitura	30	11,11	22,22
Falta de vontade política	10	11,11	11,11
Aplicação indevida de verbas	-	-	11,11
Falta de mais profissionais	10	-	33,33
Falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) para aferir pressão arterial da população	-	-	11,11

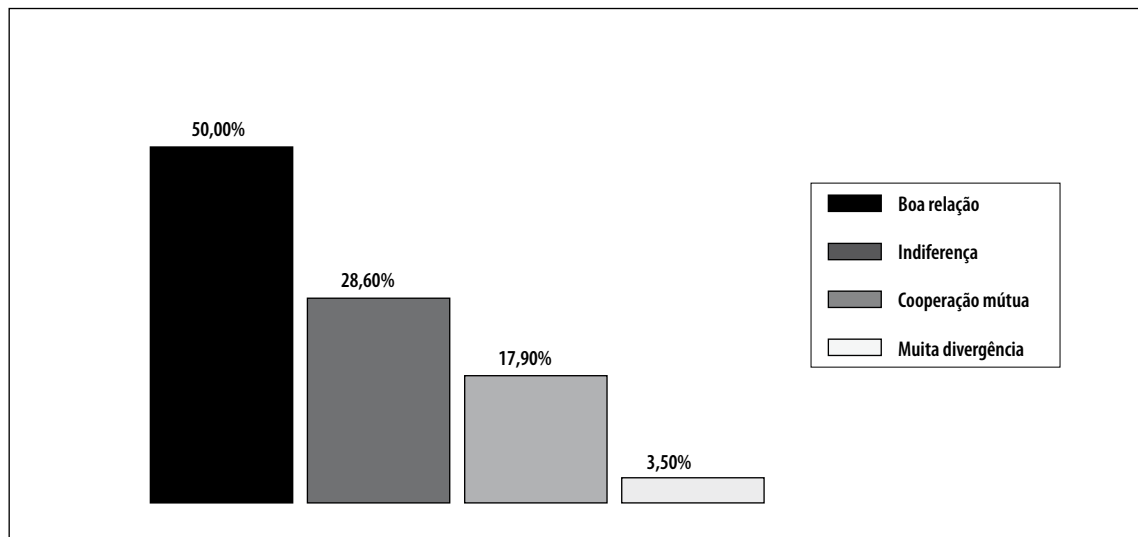


Figura 4 - Relacionamento entre profissionais de equipes distintas do Programa Saúde da Família no Município de Teixeira, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2003

aos gestores e trabalhadores do SUS, no território das ESF e do sistema municipal de saúde como um todo, o aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação.²⁰

No sentido funcional, as equipes constituídas dispõem, para pessoas de diferentes áreas, de troca de informações, desenvolvimento de novas idéias e resolução de problemas.¹¹ A relação de trabalho no PSF baseia-se na interdisciplinaridade, não mais na multidisciplinaridade ou na atividade isolada, requer uma nova abordagem, questionadora das certezas profissionais, estimulante na comunicação horizontal e permanente, entre os componentes da equipe.²¹

Os resultados deste estudo apontam para a existência de problemas na relação interna e entre equipes de saúde da família, ainda que em proporções não muito altas (29% deles consideram indiferente a relação entre as equipes; e 7,14% consideram a existência de subgrupos dentro de uma mesma equipe). Estudos²² demonstram que o trabalho dos profissionais envolvidos nas ESF mantém as características de compartimentalização, sem um planejamento coletivo que adapte as atividades às necessidades da população na área de abrangência. Por outro lado, relatos²³ sobre o relacionamento interno da equipe de saúde revelam a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, o que acarreta descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional. A ausência de integração

gerencial de habilidades e talentos individuais em uma competência coletiva produz serviços menos eficientes e de menor efetividade.¹¹

No que se refere à satisfação dos profissionais com o salário, o fato de 50% dos entrevistados estarem insatisfeitos com sua remuneração – 67% dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem – pode estar associado às formas de contrato de trabalho, por outras vias que não a de concurso público, e à acumulação de mais de um vínculo de trabalho (32,1% dos profissionais acumulam mais de um emprego). São razões que induzem os profissionais a não considerarem o trabalho no PSF como atividade principal. Outra possível explicação para essa situação, encontrada na literatura,²⁴ está na acumulação flexível de capital decorrente da maleabilidade dos processos e mercados de trabalho, a qual parece resultar, entre outros, nos níveis relativamente altos de desemprego estrutural, na rápida destruição e reconstrução de habilidades e ganhos modestos – quando os há – de salários reais.

O tipo de contrato citado pelos componentes das equipes, temporário (assinado a cada seis meses), dificulta o estabelecimento de vínculo do profissional com o serviço e a população atendida,²⁵ característica indissociável do trabalho no PSF. Ademais, a facilidade de utilização política na concessão desses cargos, permitida por essa forma de contrato, pode confirmar, de certa forma, uma tradição de barganha político-

partidária bastante reconhecida em Municípios de pequeno porte. Cabe aos gestores sanitários implementar políticas que assegurem os trabalhadores da saúde no PSF e conduzam à tão esperada superação da alta rotatividade desses profissionais e à dirimção de seu medo e da população por represálias de fundo “político”.²⁵

A consolidação do Sistema Único de Saúde deve, entre outras prioridades, alocar seus recursos financeiros de acordo com a realidade dos problemas e necessidades de saúde da população.¹³ A escassez desses recursos, entretanto, conduz à inevitabilidade da racionalização de custos.²⁶ A literatura aponta algumas estratégias possíveis nesse sentido, como redução da força de trabalho, especialmente da força de trabalho qualificada, redução de salários e precarização das condições de trabalho; inúmeros são os estudos que apontam para a presença dessas questões no âmbito do PSF.²⁷ Neste estudo, destacam-se as conseqüências de uma racionalização de custos entre as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais das ESF para a realização de seu trabalho, como a falta de transporte e de material, a precariedade da infra-estrutura da USF e a escassez de recursos financeiros.

Estudo realizado com ex-alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp),²⁸ constatou que os principais obstáculos enfrentados pelos recém-formados, ao ingressarem no sistema público de saúde, são: infra-estrutura inadequada e ineficiente – transporte, medicamentos, equipamentos, exames e espaço físico –; inexistência de planejamento ou planejamento ineficaz – por falta de cooperação e intercâmbio de conhecimento e experiência entre as equipes –; reuniões improdutivas; baixa resolubilidade; e excesso de demanda para a oferta disponível. Essas questões coincidem com as observações deste relato e são a demonstração clara de que não se trata de problemas isolados e sim de aspectos gerais importantes no cenário da Saúde Pública brasileira, pendentes de solução e que devem, portanto, ser objeto de estratégias e programas governamentais de maior amplitude.

Constatou-se, também, que apenas os ACS e os auxiliares de enfermagem receberam treinamento para atuar no PSF, introdutório e informativo, principalmente com a utilização de vídeos. Mais do que a

simples orientação inicial, é mister, para atualização de profissionais originários de formação específica,²⁹ um processo de educação continuada (treinamento em serviço), sistematizado, capaz de corrigir e/ou aprimorar habilidades. A educação permanente deve se iniciar desde o treinamento introdutório da equipe, por todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis e de acordo com as realidades de cada contexto.¹⁹ A alternativa metodológica orientadora das políticas de educação permanente parte do pressuposto de que esse processo deva ser “recortado”, a partir da realidade das práticas concretas de saúde, seus determinantes e limitantes, no sentido de buscar interação com as exigências do trabalho.³⁰

Uma estratégia de valorização profissional das ESF deve promover autonomia intelectual, domínio técnico-científico, capacidade de planejamento, criatividade, qualidade, ética e humanização da atenção primária.

Após a implantação do Programa Saúde da Família, o papel do agente comunitário de saúde foi ampliado, mais além do foco da atenção materno-infantil, para a família e a comunidade, a servir de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Esse novo papel exige novas competências no campo político e social e requer do ACS, ator fundamental do PSF, grau de escolaridade mais elevado, complexo e abrangente.³¹ Os ACS entrevistados contam com um bom nível de escolaridade – 55,55% referiram segundo grau completo –, ainda que 5,55% não hajam completado o ensino fundamental sequer.

Os resultados aqui apresentados corroboram pesquisas anteriores quanto à constatação das mudanças ocorridas ao longo da última década e sua importância a ser considerada, quando da definição de políticas relacionadas com o trabalho, a educação e as finanças públicas. Os atuais problemas dos profissionais e gestores sanitários e seus novos desafios a enfrentar confirmam a necessidade de formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação geral e de qualificação profissional, mais capacitados a atuar em saúde coletiva e comunitária.^{5,6}

Uma transformação progressiva desse cenário – de que é exemplo o objeto do estudo destes autores, o Município de Teixeira-MG –, para cumprir as diretrizes e objetivos das ESF e, assim, minimizar os obstáculos encontrados na prática cotidiana dos profissionais da atenção básica, configurar-se-á em realidade quando efetivadas as atuais diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, de valorização da formação dos profissionais da área. Componente fundamental para o processo de reajuste da força de trabalho, o aprimoramento desses recursos humanos contribuirá, decisivamente, para a efetivação da política nacional de saúde.¹ A implementação de uma estratégia de valorização da qualificação do profissional das ESF deve ter por objetivo promover a autonomia intelectual dos trabalhadores, seu domínio do conhecimento técnico-científico e capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, trabalho em equipe, interação com os usuários dos serviços, consciência da qualidade e das implicações éticas e maior humanização das atividades de atenção primária pelo SUS.¹

A qualificação/capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Outras medidas são imprescindíveis, entre elas o aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura dos relevantes serviços de responsabilidade social prestados pelos profissionais do Programa Saúde da Família.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado graças à efetiva colaboração e apoio dos profissionais das equipes de saúde da família do Município de Teixeira-MG. Estes autores agradecem, especialmente, aos agentes comunitários de saúde locais, à enfermeira Claudete Costa Lima e ao médico coordenador do PSE, Dr. José Sette Cotta Filho, pela dedicação e interesse, sem os quais este trabalho não seria possível.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC; 2004.
2. L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública* 1994;4:481-490.
3. Gattinara BC, Ibacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. Community Perception on the Quality of Public Health Services Delivery in the Norte and Ichilo Districts of Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública* 1995;3:425-438.
4. Cotta RMM, Muniz JN, Mendes FF, Cotta Filho JS. A Crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 1998;1:94-105.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Opas; 2002.
6. Cotta RMM, Pereira RJ, Maia TM, Marques ES, Franceschini SCC. Aprehensión y conocimiento de las directrices del Sistema Único de Salud (SUS): un reto en la consolidación de la política de salud brasileña. *Rev. Agathos – Atención Sociosanitaria y Bienestar* 2004;3:16-23.
7. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. *Tribuna Livre* [monografia na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [acessado 2004 nov. 29]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribuna-buna/PSFTito.html>
8. Ministério da Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília: MS; 1993.
9. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília: MS; 2001.
10. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;2:7-14.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. *Desempenho em equipes de saúde – manual*. Rio de Janeiro: Opas; 2001.
12. Reis CL, Hortale VA. Programa de Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em

- município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;2:492-501.
13. Ministério da Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília: MS; 1994.
 14. Cotta RMM, Morales MSV, Liopis AG, Fos SC, Cotta Filho JS. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre* 2002;1:25-32.
 15. Beinner MA, Beinner RPC. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;1:77-83.
 16. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. *Atlas de desenvolvimento humano 2004*. Rio de Janeiro: ADHB; 2004.
 17. Dean et al. *Epi Info. Version 6: A Word Processing Database and Statistics Program for Public Health on IBM-Compatible Microcomputers*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention; 1995.
 18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília: MS; 2004. parte 2. p. 60.
 19. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2002.
 20. Organização Pan-Americana da Saúde. *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Opas; 2004.
 21. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A Implantação da Unidade Básica de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
 22. Fertomani HP. O Desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR [projeto de qualificação de dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
 23. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* 2001;3:303-311.
 24. Harvey D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Edições Loyola; 1992.
 25. Organização Pan-Americana da Saúde. *Informe sobre a reunião de trabalho Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. Brasília: Opas; 2003.
 26. Offe C. *Trabalho e sociedade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.
 27. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;2:438-446.
 28. L'Abbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;2:15-27.
 29. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Programa de formação de pessoal de nível médio*. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social.
 30. Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde. *Processo Educativo nos Serviços de Saúde*. Brasília: Opas; 1991. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº 1.
 31. Tomaz JBC. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um "super-herói". *Comunicação, Saúde, Educação* 2002;10:75-94

Prevalência de diarréia na população do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, em 2003

Prevalence of Diarrhoea in the Population of the Medical Care and Training District of Tucumã, Rio Branco, Acre State, Brazil, in 2003

Raquel Rangel Cesario

Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, mediante convênio com o Governo do Estado do Acre

José Tavares-Neto

Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA

Resumo

O objetivo deste estudo transversal foi determinar a prevalência da diarréia em amostra da população urbana da cidade de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, abrangendo pessoas de todas as faixas etárias. Após validação do questionário-padrão pelo estudo-piloto, foi selecionada amostra aleatória de 159 pessoas de 0 a 77 anos de idade. A prevalência geral da diarréia no dia da entrevista foi de 5,7%; e nos últimos 15 dias, de 14,1%, dos quais 33,3% em menores de 5 anos e 10,5% em maiores de 4 anos ($p < 0,05$). As variáveis – sexo; presença ou não do Programa Saúde da Família adstrito ao domicílio; e nível socioeconômico – foram semelhantes entre os grupos com ou sem diarréia. No grupo com diarréia, predominaram, significativamente, as seguintes características: maior número de residentes por domicílio; casa de madeira; residência sem água encanada; residência com vaso sanitário fora da casa ou sem descarga. A prevalência geral de diarréia encontrada foi alta: nos menores de 5 anos, representou cerca de três vezes aquela encontrada na literatura; e nos adolescentes e adultos, contribuiu para minimizar a carência de informações sobre essas faixas etárias. Os resultados deste trabalho reforçam a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema, especialmente associados às precárias condições socioeconômicas e ambientais, bem como de políticas públicas voltadas à prevenção dos agravos à saúde.

Palavras-chave: diarréia; prevalência; saúde da família.

Summary

The objective of this cross-sectional study was to determine the prevalence of diarrhea in a sample of the urban population of the Municipality of Rio Branco, Acre State, Brazil, including strata of all ages. After questionnaire validation by the pilot-study, a random sample of 159 people of 0-77 years of age was selected. The general prevalence of diarrhea on the day of the interview was 5.9%. In the last 15 days before the interview, the prevalence was 14.1%, of which 33.3% were cases occurred in subjects less than five years of age, and 10.5% of which occurred in subjects over four years of age ($p < 0.05$). Gender, socioeconomic level, and household coverage by the Family Health Program were similar among the groups with and without diarrhea. In the group with diarrhea, the following characteristics were prevalent: household with large number of residents, residence made of wood, residence lack of piped water, and toilet outside the house or non-flushing toilet. The general prevalence found was high: in those under 5 years of age it was about three times the one described in the literature, and the prevalence found in adolescents and adults contributed to minimize the need for information in these age groups. The results of this work reinforce the necessity of deeper studies on this subject, specially associated with socio-economic and environmental precarious conditions, as well as public policies towards the prevention of health hazards.

Key-words: diarrhea; prevalence; family health.

Endereço para correspondência:

Blenheim Cottage, Orchard Lane, Old Boars Hill, Oxford, OX1 5JH, England-UK
E-mail: raquelrangel-ac@uol.com.br

Introdução

A doença diarreica é, em geral, autolimitada.^{1,2} Ocorre, predominantemente, nas populações de áreas com precárias condições de desenvolvimento humano.³⁻⁵ Com base em dados dos últimos 30 anos, Parashar e colaboradores⁶ verificaram, em populações de países em desenvolvimento, que, entre menores de 5 anos de idade, houve redução da mortalidade associada à síndrome diarreica da ordem de 4,6 para 1,4 milhões de óbitos anuais. Eles atribuíram esse resultado ao crescente uso e divulgação da terapia de reidratação oral (TRO), aumento na prática de aleitamento materno, melhor suplementação dos alimentos, educação da mulher, intensificação de programas de imunização contra sarampo e melhorias no saneamento. Não obstante, esses mesmos fatores não têm contribuído para o declínio, na mesma proporção, da morbidade por diarreia.^{6,7}

No mundo, vários estudos vêm demonstrando pequena alteração nas taxas de incidência da síndrome diarreica entre menores de 5 anos de idade.^{6,8} No Brasil, estudo realizado em Salvador, Estado da Bahia, observou a redução do coeficiente de mortalidade infantil por doenças intestinais de origem infecciosa de 25,9 por 1.000 menores de 1 ano em 1977 para 2,1/1.000 menores de 1 ano em 1998, ou declínio de 98,9%; no mesmo período, a mortalidade infantil caiu 78,8%.⁹ Em São Paulo, Benício e Monteiro,¹⁰ ao estudar a tendência secular dos casos de diarreia na capital paulista, verificaram redução expressiva na prevalência no dia da entrevista, de 1,7% em 1984-1985 para 0,9% em 1995-1996.

A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) apontou a frequência global de diarreia nas crianças brasileiras menores de 5 anos de idade, no período de 15 dias anteriores à entrevista, de 10,5%, variando de 10% no meio urbano a 11,6% no meio rural.¹¹ Entre as macrorregiões do País, aquela prevalência foi de 5,9% na Região Sul, 15,4% na Região Nordeste e 12,4% na Região Norte, onde não foram levantados os dados das áreas rurais.¹¹ Linhares e colaboradores¹² observaram média de 2,5 episódios diarreicos agudos por criança/ano, após acompanharem 80 crianças na cidade de Belém, Estado do Pará, desde o nascimento até os 3 anos de idade.

Na população adulta (>18 anos), são escassos os estudos de prevalência, tanto no Brasil como no

mundo.¹³ No Estado do Acre, esses estudos são ainda mais escassos e nenhum teve como população de referência pessoas na idade adulta. A constatação motivou o presente estudo, cujo objetivo é determinar a prevalência da diarreia em população urbana constituída de diferentes classes socioeconômicas, em todas as faixas etárias, bem como identificar fatores sociais e ambientais associados à diarreia em áreas do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, na cidade de Rio Branco, capital do Estado.

Metodologia

A população de referência do estudo (n=11.000) foi composta pelos residentes em cinco bairros do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, na cidade de Rio Branco-AC: Tucumã I, Tucumã II, Rui Lino, Jardim Primavera e Mocinha Magalhães – os três últimos, cobertos pelo Programa Saúde da Família (PSF), cada um deles dispondo de uma unidade (ou módulo) de saúde do PSF com a equipe completa.¹⁴ Os cinco bairros têm como unidade de referência (policlínica) o Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família do Tucumã (CEFPSF-Tucumã), localizado no bairro Tucumã I, o qual, por sua vez, tem por referência o hospital da Fundação Hospital Estadual do Acre (Fundhacre).

O Distrito Docente-Assistencial do Tucumã foi criado em julho de 2000. É o campo de prática dos cursos de graduação em medicina e enfermagem da Universidade Federal do Acre; também situa os programas de residência médica, especialmente de Medicina de Família e Comunidade, da Fundhacre, além de constituir área de estudo de linha de pesquisa desenvolvida pela extensão do Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia, em convênio com o Governo do Estado do Acre. Esse Distrito foi selecionado porque representa, de forma razoável e satisfatória, nos cinco bairros que o compõem, a população da cidade de Rio Branco em sua atual diversidade de estratos socioeconômicos, condições ambientais e saneamento.

O tamanho amostral mínimo de 137 pessoas considerou o intervalo de confiança de 95%, a prevalência estimada de 10% e o erro tolerável de amostragem de $\pm 5\%$, mais possíveis perdas (15%). A estimativa da prevalência (10%) teve por base os valores descritos em recentes publicações,^{5,8,10,13,15} apesar de apenas

Herikstad e colaboradores¹³ haverem incluído pessoas adultas (>18 anos) em seu estudo.

Na área do Distrito Docente-Assistencial, todas as famílias encontram-se cadastradas, inclusive aquelas residentes nos bairros não adstritos ao PSF (Tucumã I e II), distribuídas em 2.829 domicílios numerados seqüencialmente (CEFPSF-Tucumã, dados não publicados). De cada 19 domicílios, um foi sorteado para participar da pesquisa. Posteriormente, após o consentimento do (a) chefe da família, sorteou-se um dos moradores para ser o sujeito da pesquisa.

Após o sorteio, apresentou-se a essa pessoa (ou responsável legal) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; mediante sua concordância, levantaram-se os dados de preenchimento do questionário-padrão.¹⁶ Quando a pessoa sorteada não se encontrava em casa, entrevistava-se o morador presente com data de nascimento mais próxima. Finalmente, se a pessoa sorteada ou o (a) chefe da família não concordasse em participar do estudo ou, ainda, se não houvesse morador na casa, passava-se à casa imediatamente seguinte, de acordo com a ordem de numeração crescente.

No Brasil como no mundo, são escassos os estudos de prevalência da diarreia entre a população adulta.

O critério de exclusão de pessoa para entrevista, definido antes do levantamento dos dados, foi o de "ter viajado ou participado de festas comunitárias/populares nos 20 dias anteriores ao dia da pesquisa". Esse critério justifica-se porque tanto as viagens quanto as festas comunitárias costumam apresentar associação com infecções veiculadas por alimentos, o que altera a curva endêmica de adoecimento na região estudada e pode ser um fator de confundimento na estimativa de prevalência.¹⁷ Em caso de exclusão da primeira pessoa a ser entrevistada, a reposição da pessoa excluída observou procedimento idêntico ao descrito anteriormente.

No questionário-padrão adotado, que considerou o período dos últimos 15 dias, definiu-se caso de diarreia em pessoas a partir dos seis meses de idade como

"pelo menos três evacuações, de consistência líquida ou semilíquida, durante um período de 24 horas".¹⁸ Para as crianças menores de seis meses de idade, aceitou-se a definição da mãe sobre diarreia, qual seja, "número aumentado de dejeções, com consistência reduzida, que deixasse a mãe preocupada".^{10,19} Também perguntou-se aos entrevistados (ou responsáveis legais) se estavam com diarreia no dia da entrevista. Nos casos com história positiva de diarreia (presente ou recente), perguntava-se sobre suas características: frequência – número médio de dejeções por dia –; cor; odor; e comemorativos clínicos associados (por exemplo: sangue e/ou muco nas fezes, vômitos, dores abdominais, síndrome febril, etc.).

Além dos dados demográficos de cada pessoa entrevistada (sexo, idade extraída de documento de identidade, grupo racial e local de residência), levantaram-se as características da família ou do domicílio, em que 17 tiveram seus escores somados para efeito de cálculo de estrato socioeconômico, em ordem crescente, do pior (escore zero) ao melhor qualificado (escore 1, 2 ou 3, conforme a variável). A variável "destino das fezes na residência", por exemplo, teve os seguintes escores: 0, se a céu aberto; 1, se em buraco no terreno da residência ou em local próximo; 2, se para fossa séptica; e 3, no caso de domicílio servido pela rede pública de esgoto.¹⁵ Dessa forma, ao utilizar as 17 características (relação pessoas/cômodo, tipo de moradia, vaso sanitário dentro ou fora de casa, vaso sanitário com descarga, destino das fezes, tipo e frequência de coleta de lixo, disponibilidade da água usada em casa, origem da água, escolaridade do sujeito da pesquisa ou da mãe ou responsável e presença, no domicílio, de geladeira, *freezer*, fogão, televisão, *CD-player*, telefone e carro ou moto), a pessoa seria avaliada, segundo a variável estrato socioeconômico, em até 54 pontos.¹⁶

Os dados foram analisados aplicando-se o *software* SPSS (versão 9.0),²⁰ conforme o tipo ou a distribuição da variável, mediante o teste qui-quadrado (com ou sem correção de Yates), o teste exato de Fisher e/ou o teste de Mann-Whitney. Para a análise das variáveis quantitativas com distribuição normal, utilizou-se o teste t de Student. Nesses testes, o resultado foi considerado de significância estatística quando a probabilidade (p) do erro tipo I foi igual ou inferior a 5% (p≤0,05).

Considerações éticas

Este estudo transversal ou de prevalência, de base populacional, realizou-se no período de 1^o de setembro a 30 de outubro de 2003, após a consecução de projeto-piloto e parecer favorável concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre.

Resultados

Foram sorteados 164 domicílios e entrevistadas 164 pessoas, das quais cinco foram excluídas por não responderem a todas as perguntas; das 159 pessoas incluídas no estudo, a prevalência de diarreia no dia da entrevista foi de 5,7% (9/159). Posteriormente, outras três pessoas foram excluídas das análises subsequentes, por não se lembrarem de haver – ou não – tido diarreia nos últimos 15 dias.

Observou-se uma prevalência da doença da ordem de 14,1% (22/156). Das 22 pessoas com diarreia nos últimos 15 dias, apenas uma descreveu dois episódios diarreicos distintos, enquanto quatro moradores referiram até três episódios no período. Desses quatro moradores, em um, a diarreia teve duração de sete dias, em outro, de 12 dias, e nos demais casos, foi igual ou inferior a quatro dias. Do total de casos (n=22) com diarreia nos últimos 15 dias, 50% (n=11) teve duração da doença de até 48 horas. Em todos os 22 casos, inclusive naqueles com duração superior a seis dias, a síndrome diarreica apresentou características propedêuticas de tipo “alta”.

Eventuais casos de diarreia com evolução clínica mais grave e que tenham exigido internação hospitalar ou evoluído para óbito não foram referidos por qualquer morador das casas sorteadas.

Nos 156 domicílios pesquisados, residiam de uma a dez pessoas – média de 4,1 e mediana de 4,0 pessoas/domicílio. Nos domicílios (n=134) sem portadores de diarreia, a proporção daqueles com quatro ou menos moradores foi de 67,9% (n=91); e com mais de quatro moradores, de 32,1% (n=43). No grupo de domicílios com casos de diarreia (n=22), as proporções daqueles com quatro ou menos moradores foi de 40,9% (n=9); e com mais de quatro moradores, de 59,1% (n=13). Nesta comparação, observa-se a diferença significativa ($\chi^2=5,987$; $p<0,05$), estatisticamente.

Nos 156 moradores incluídos no estudo, 36,5% eram homens e 63,5% mulheres; e a média de idade,

de 28,2 ($\pm 18,1$) anos, com limites de 4 meses a 77 anos (mediana de 26,9 anos).

Na Tabela 1, os portadores (n=22) de diarreia nos últimos 15 dias foram comparados àqueles sem a mesma história (n=134). Esses dois grupos foram semelhantes quanto a sexo ($p>0,05$), idade ($p>0,05$), grupo racial ($p>0,05$) e bairro da residência ($p>0,05$) – este, classificado segundo a existência na área, ou não, do PSE.

A frequência da diarreia também foi estudada segundo cinco faixas etárias (Tabela 2); observou-se variação de 0% a 33,3%, apesar das distorções em razão do pequeno número de casos em algumas delas. Ainda assim, as frequências de diarreia foram comparadas entre si e observou-se diferença estatística significativa ($p<0,05$) entre aqueles com 4 anos ou menos de idade, cuja frequência foi de 33,3%, e o conjunto das faixas etárias (5 a 77 anos), com frequência de 10,5%. Na faixa etária de 21 a 60 anos, a frequência de diarreia nos últimos 15 dias foi de 11,2% (10/89); e entre os de 61 anos ou mais, de 20% (2/10).

Na estimativa do nível (ou estrato) socioeconômico, o somatório das pontuações variou de 10 a 46, com mediana de 27 pontos, embora apenas nove (5,8%) pessoas alcançassem 40 ou mais pontos. Aqueles com pontuação igual ou abaixo da mediana (≤ 27) foram classificados como de nível socioeconômico “baixo” (n=78) e os demais como “médio” (≥ 28 pontos). As frequências de diarreia nos dois estratos foram de 19,2% (15/78) e 9,0% (7/78), respectivamente, embora a diferença permanecesse no limite da significância estatística ($p>0,05$). Também verificou-se diferença significativa ($p>0,05$) quando da aplicação do teste de Mann-Whitney, em que se utilizou o total de pontos de cada pessoa (*mean rank*: 67,55 entre o grupo com diarreia *versus* 80,30 entre aqueles sem diarreia). Na Tabela 3, encontram-se descritas as variáveis do cálculo do nível socioeconômico (NSE) que tiveram distribuição desigual ($p<0,05$) entre os dois grupos estudados: houve, significativamente, mais pessoas com diarreia entre aqueles sem disponibilidade de água dentro do domicílio ($p<0,05$), com o vaso sanitário fora da casa ($p<0,05$) ou sem descarga ($p<0,001$). Histórico de diarreia nos últimos 15 dias também esteve associado ($p<0,01$) à variável de material predominante com que são feitas as residências, madeira (26,5%; 13/49), comparativamente às outras duas variáveis

Tabela 1 - Características demográficas e presença do Programa Saúde da Família na população estudada do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Município de Rio Branco, Estado do Acre, associadas a história de diarreia nos últimos 15 dias. Brasil, setembro a outubro de 2003

Variável	Diarreia		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo (N total)			
Masculino (57)	11 (19,3)	46 (80,7)	>0,05 ^a
Feminino (99)	11 (11,1)	88 (88,9)	
Idade (anos), média (±DP)	23,5 (±20,3)	29,0 (±17,7)	>0,05 ^b
Grupo racial (N total)			
Branco (88)	10 (11,4)	78 (88,6)	>0,05 ^a
Não-branco (68)	12 (17,6)	56 (82,4)	
PSF no bairro de residência (n total)			
Não (59) ^c	6 (10,2)	53 (89,8)	>0,05 ^a
Sim (97) ^d	16 (16,5)	81 (83,5)	

a) Teste do qui-quadrado

b) Teste t de Student

c) Tucumã I (n=45) e II (n=14)

d) Mocinha Magalhães (n=36), Rui Lino (n=38) e Jardim Primavera (n=23)

Tabela 2 - Distribuição da história de diarreia nos últimos 15 dias segundo as faixas etárias da população estudada do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Município de Rio Branco, Estado do Acre. Brasil, setembro a outubro de 2003

Faixa etária (n total)	Diarreia n (%)	
	Sim	Não
0-4 (21) ^a	7 (33,3)	14 (66,7)
5-10 (7) ^b	0	7 (100)
11-20 (29) ^c	3 (10,3)	26 (89,7)
21-60 (89) ^d	10 (11,2)	79 (88,8)
≥61 anos (10) ^e	2 (20,0)	8 (80,0)

Nota:

a versus (b + c + d + e) :- χ^2 (correção de Yates) = 5,69; p<0,05

Tabela 3 - Distribuição de algumas das variáveis incluídas no cálculo do nível socioeconômico da população estudada do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Município de Rio Branco, Estado do Acre, associadas a história de diarreia nos últimos 15 dias da data da pesquisa. Brasil, setembro a outubro de 2003

Variável	Diarreia n (%)		Valor de p ^a
	Sim	Não	
Local de disponibilidade de água no domicílio			
Dentro	12 (10,5)	102 (89,5)	<0,05
Fora	10 (23,8)	32 (76,2)	
Local do vaso sanitário no domicílio			
Dentro	11 (10,1)	98 (89,9)	<0,05
Fora	11 (23,4)	36 (76,6)	
Vaso sanitário com descarga			
Sim	9 (8,1)	102 (91,9)	<0,001
Não	13 (28,9)	32 (71,1)	

a) Teste do qui-quadrado

similares, construção em madeira e alvenaria (11,8%; 2/17) ou, exclusivamente, em alvenaria (7,8%; 7/90). Outra variável associada à história de diarreia ($p < 0,05$) foi o número maior de residentes no domicílio (*mean rank* de 97,32 *versus* 75,41, segundo o teste de Mann-Whitney). As demais variáveis incluídas no cálculo do NSE apresentaram distribuição semelhante ($p > 0,05$) entre os grupos com ou sem diarreia – exceção para a diferença entre as pessoas cujo domicílio apresentava destino inadequado das fezes (22,2%; 10/45) e as que habitavam residências em que esse destino fora considerado pelos autores como adequado (10,8%; 12/111), observada no limite da significância estatística ($p > 0,05$).

Discussão

Este estudo tem como principal limitação metodológica o tamanho da amostra, assim mantida por ser uma investigação exploratória para avaliar a exequibilidade de futuro projeto de pesquisa na área do Tucumã e ter como população de referência os maiores de 11 anos de idade e a população adulta. No Brasil, há carência de estudos sobre diarreia entre essas faixas etárias,

o que, por sua vez, também limita a comparação dos presentes resultados com os de outras publicações.

A concentração de casos de diarreia nos domicílios com maior número de pessoas (59,1% *versus* 32,1%) pode ter subestimado as prevalências observadas de residentes com história de diarreia (5,7% no dia da entrevista; e 14,1% para os últimos 15 dias), porque pessoas que viviam em domicílios com menor número de moradores tiveram maior probabilidade de serem sorteadas, comparativamente às pessoas residentes em domicílios com maior ocupação. Não obstante, essa outra limitação metodológica não foi possível de ser sanada previamente, haja vista a falta de informações sobre o número de moradores de cada domicílio e sua distribuição por sexo e idade, na base de dados da Policlínica do Tucumã, Rio Branco-AC. Uma futura investigação, em fase de planejamento, deverá considerar não só a distribuição dos moradores em cada quadra ou quarteirão como também a proporção de moradores a ser incluída no cálculo do tamanho da amostra, tendo em conta o número total de residentes em cada domicílio e sua distribuição por sexo e faixa etária. Em relação à idade, esse futuro estudo deverá estabelecer o tamanho mínimo adequado a análises

posteriores, especialmente nas faixas etárias de menores de 1 ano e de mais de 60 anos, com maiores prevalências de problemas de saúde.

A prevalência geral de diarreia observada nos últimos 15 dias (14,1%) não pôde ser comparada às descritas na literatura ($10\% \pm 5\%$),^{5,8,10,13,15} pois a maioria dos trabalhos publicados tem como população de referência menores de 5 anos de idade. Ao estratificar a amostra por faixa etária, os menores de 5 e os maiores de 60 anos foram responsáveis por prevalências muito acima do que já fora estimado, enquanto adolescentes e adultos apresentaram prevalência de 10,3% e 11,2%, respectivamente, coincidindo com a taxa encontrada em outros estudos com menores de 5 anos no Brasil^{10,11,15} e na Região Norte.¹¹ A prevalência de diarreia (33,3%) em menores de 5 anos de idade, encontrada no presente estudo, foi maior do que a descrita por Benício e colaboradores¹¹ para a Região Norte (12,5%) e para o Brasil (10,5%); Vásquez e colaboradores¹⁵ encontraram 10,2% de prevalência de diarreia na população infantil de Pernambuco – 16,9% na população infantil da região metropolitana de Recife.²¹ Na cidade de São Paulo, a prevalência da doença nessa fase da infância foi de 4,7%, quando consideradas todas as crianças dos diversos estratos socioeconômicos; e de 9,3% em crianças de famílias mais carentes.¹⁰

Além dos efeitos atribuídos a outras variáveis ambientais, socioeconômicas e culturais, os resultados observados de prevalência sofreram, provavelmente, o efeito do período do ano em que foi realizado este estudo, setembro-outubro de 2003. Nessa época do ano, ocorrem as maiores temperaturas ambientes, que chegam a atingir seu nível máximo por volta dos 34°C (outubro), após três meses consecutivos de baixa pluviosidade (Instituto Nacional de Meteorologia e Universidade Federal do Acre, 2003, dados não publicados). Em Rio Branco, nesses meses de elevada temperatura e aumento da precipitação pluviométrica, verifica-se maior incidência de diarreia, segundo uma série histórica de 1994 a 2003 (Secretaria de Estado da Saúde do Acre, dados não publicados). Achados semelhantes foram encontrados no Estado do Pará.²² Esses resultados são contraditórios à hipótese corrente de que, na população de Rio Branco, ocorreria a maior incidência de diarreia no chamado “inverno acreano” (de dezembro a março), quando a precipitação pluviométrica, o dobro daquela no período enfocado por este estudo, provoca transbordamento dos igarapés, de

parte da bacia hidrográfica da cidade de Rio Branco e do já precário sistema de esgotamento sanitário; e, por extensão, a contaminação da água servida à população. Um futuro estudo, outrossim, deverá considerar essa variação sazonal e, provavelmente, concluirá que a prevalência geral de 14,1% observada neste trabalho será superior à de outras épocas do ano.

Metade dos casos de diarreia verificados no Distrito Docente-Assistencial do Tucumã teve duração de até 48 horas, em que a mediana e a média, respectivamente, foram de 2 e 2,71 dias; em apenas duas pessoas, a duração foi de 7 e 12 dias. Outros dados clínico-epidemiológicos caracterizaram todos os casos como de diarreia aguda, de tipo “alta”. Resultados semelhantes foram observados por Vásquez e colaboradores¹⁵ em Pernambuco e por Waldman e colaboradores²³ em São Paulo, os quais verificaram mediana da duração da diarreia de três dias.

Em São Paulo, entre crianças menores de 5 anos de idade, a prevalência de diarreia no dia da entrevista caiu de 1,7% em 1984-1985 para 0,9% em 1995-1996.¹⁰ Apesar das diferenças demográficas e ambientais entre as cidades de São Paulo e Rio Branco, além das distintas metodologias aplicadas a cada um dos estudos, a prevalência de diarreia entre a população de referência deste estudo, no dia da entrevista, pode ser considerada como muito elevada. No Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, no caso de se extrapolar a prevalência encontrada de diarreia nas últimas 24 horas (5,6%) para a população de referência (11.000 hab.), poder-se-ia, hipoteticamente, estimar a ocorrência de 616 pessoas-doentes em um único dia. Se a maioria dessas pessoas não buscasse a automedicação, mediante procedimentos alternativos da medicina popular, essa possibilidade transformaria o sistema local de saúde em um caos.

A ocorrência dos casos de diarreia na área de estudo não teve associação com as variáveis sexo e grupo racial, o que corrobora os resultados descritos em outras publicações.^{10,15,24}

Diversos autores relatam a existência de relação inversa entre nível socioeconômico e prevalência de diarreia.^{11,15,23} Neste estudo, especificamente, a diferença entre as frequências de diarreia correspondentes aos grupos de nível socioeconômico baixo (19,2%) e médio (9,0%) manteve-se no limite de significância estatística ($p > 0,05$), apesar de a razão ser 2,1 vezes maior no primeiro estrato. Coerentemente, confir-

mou-se associação estatística entre relato de diarreia nos últimos 15 dias e residência em domicílio sem água encanada, sem vaso sanitário dentro de casa ou sem vaso sanitário com descarga. São resultados que reforçam os comentários anteriores; ademais, confirmam os achados de Vázquez e colaboradores,¹⁵ de maior prevalência de diarreia entre pessoas que viviam em casas com água encanada fora da casa. No Município de São Paulo, a freqüência de diarreia infantil caiu 60% entre 1973 e 1985, período durante o qual a cobertura da rede de água expandiu-se de 52% para 95%.¹¹ Na Região Sudeste do Brasil, crianças residentes em domicílios sem instalações sanitárias e água encanada apresentavam elevada incidência anual de diarreia, com risco relativo de 4,5.²³ De forma semelhante, no Estado do Maranhão, a prevalência de diarreia foi maior entre famílias que se abasteciam de água de poço descoberto.²⁵ No continente africano, associações semelhantes também foram descritas.⁵

Aprimoramento constante das condições sanitárias, fortalecimento da atenção básica e fomento à pesquisa são medidas necessárias para reduzir a prevalência de doenças diarreicas.

Já na cidade de Manacapuru, Estado do Amazonas, a prevalência de infecção pelo *Vibrio cholerae* (O1) não sofreu interferência do tipo da fonte de água para consumo doméstico ou do destino dado ao lixo,²⁴ o que, possivelmente, se deve à elevada poluição ambiental a que se expõe a população e, conseqüentemente, a uma elevada chance de infecção, igualmente distribuída no espaço geográfico. A esse propósito, deve-se lembrar que as práticas de higiene podem independer da situação socioeconômica das famílias ou das pessoas estudadas.

Características do ambiente doméstico, associação mais freqüente de casos de diarreia com residência em casas de madeira, predominantemente, e com pertencimento a famílias mais numerosas, indicam serem esses elementos co-fatores da história natural da doença, predisponentes ou facilitadores da transmissão de agentes patogênicos vinculados à água e/ou

aos alimentos – fortemente associados aos baixos indicadores de desenvolvimento humano. Waldman e colaboradores²³ verificaram que crianças residentes em barracos, na cidade de São Paulo, tinham 2,5 vezes mais chances de ter gastroenterite aguda do que aquelas sob condições mais adequadas de vida.

Não se confirmou a hipótese inicial levantada por estes autores de que a presença de unidades do Programa Saúde da Família (PSF) em alguns dos bairros estudados diminuiria a prevalência de diarreia, embora a qualidade do trabalho das equipes do PSF não houvesse sido objeto do estudo. A impossibilidade dessa associação, muito provavelmente, decorre da presença das unidades do PSF nas áreas (bairros) mais vulneráveis do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, de piores condições sanitárias. Assim, é possível especular que a prevalência de diarreia fosse, todavia, mais elevada antes da implantação do PSF, acontecida no ano 2000.

A alta prevalência diária de diarreia, sua história nos últimos 15 dias e marcante associação com os indicadores de pobreza justificam medidas públicas de prevenção e de controle na área do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã. O aprimoramento constante das condições sanitárias, o fortalecimento da atenção básica (que inclua atividades de vigilância epidemiológica, educação em saúde e terapia de reidratação oral) e o fomento à pesquisa (que ajude a esclarecer pontos controversos ou ainda não estudados no Estado do Acre) são algumas das medidas necessárias para diminuir a prevalência das doenças diarreicas. Como sugestões para pesquisas futuras, estes autores propõem estudos prospectivos em áreas sentinelas, em diferentes períodos do ano, identificação dos agentes etiológicos envolvidos e das formas de tratamento utilizadas (que incluam manipulação e uso do soro caseiro) e estudos de caso-controle para verificar a validade das associações sugeridas por esta pesquisa e a influência do comportamento humano sobre o processo de adoecimento por diarreia.

Agradecimentos

A Danilo Cerqueira do Espírito Santo, aluno do PET-Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), e ao Professor Vicente Cruz Cerqueira, da Universidade Federal do Acre, pela revisão linguística.

Referências bibliográficas

1. Boyne LJ. Nutrição durante as doenças do lactente e da criança. In: Anderson L, Dibble MV, Turkki PR, Mitchell HS, Rynbergen HJ, editores. *Nutrição*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988. p. 535–564.
2. Corteguera RLR. Fisiopatología de la diarrea aguda. *Revista Cubana Pediátrica* 1999;71:86-115.
3. Heller L, Colosimo EA, Antunes CME. Environmental sanitation conditions and health impact: a case-control study. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2003;36:41-50.
4. Nanan D, White F, Azam I, Afsar H, Hozhabri S. Evaluation of a water, sanitation and hygiene education intervention on diarrhoea in northern Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:160-165.
5. Tumwine JK, Thompeson J, Katua-Katua M, Mujwajuzi M, Johnstone N, Porras I. Diarrhoea and effects of different water sources, sanitation and hygiene behaviour in East África. *Tropical Medicine & International Health* 2002;7:750-756.
6. Parashar UD, Bresee JS, Glass RI. The Global burden of diarrhoeal disease in children [editorial]. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:236.
7. Carmo EH, Silva Jr JB, Barreto ML. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003;12:63-75.
8. Checkley W, Epstein LD, Gilman RH, Cabrera L, Black RE. Effects of acute diarrhoea on linear growth in Peruvian Children. *American Journal of Epidemiology* 2003;157:166-175.
9. Guimarães ZA, Costa MCN, Paim JS, Silva LMV. Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2001;34:473-478.
10. Benício MHD'A, Monteiro CA. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública* 2000;34:83-90.
11. Benício MHD'A, César CLG, Gouveia NC. Perfil de morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de cinco anos – 1989. In: Monteiro MFG, Cervini, R, organizadores. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil – aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil – 1989*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 1992. p. 79-96.
12. Linhares AC, Gabbay YB, Freitas RB, Travassos-da-Rosa ES, Mascarenhas JDP, Loureiro ECB. Longitudinal study of rotavirus infections among children from Belém, Brazil. *Epidemiology and Infections* 1989;102:129-145.
13. Herikstad H, Yang S, Van Gilder TJ, Vugia D, Hadler J, Blake P, Deneen V, Shiferaw B, Ângulo FJ. A Population-based estimate of the burden of diarrheal illness in the United States: Foodnet, 1996-7. *Epidemiology and Infection* 2002;129:9-17.
14. Silveira RP. Prevalência de desmame precoce em um Distrito Sanitário urbano de Rio Branco (Acre) [dissertação de Mestrado]. Rio Branco (AC): Universidade Federal da Bahia; 2003.
15. Vásquez ML, Mosquera M, Cuevas LE, González ES, Veras ICL, Luz EO, Batista Filho M, Gurgel RQ. Incidência e fatores de risco de diarreia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;15:163-171.
16. Cesario RR. Prevalência de doença diarreica na população do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, em Rio Branco-Acre, 2003 [dissertação de Mestrado]. Rio Branco (AC): Universidade Federal da Bahia; 2003.
17. Werneck GL, Almeida LM. Validade em Estudos Epidemiológicos. In: Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 199-212.
18. World Health Organization. *The Treatment of Diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers* [monography on the Internet]. Geneva: WHO; 1995. WHO/FCH/CAH/03.7 [updated 2004 Dic.]. Available from: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubCNH.htm>
19. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Revista de Saúde Pública* 1996;30:168-178.
20. SPSS. *SPSS/PCTM UPDATE FOR V 9.0 for the IBM PC/XT/AT and PS/12*. Chicago: Norusis/SPSS; 2001. p. 89–123.

21. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição – 1997: saúde, nutrição, alimentação e condições socioeconômicas no Estado de Pernambuco. Recife: Inan/MS – DN/UFPE-SES/PE; 1998.
22. Pereira HG, Linhares AC, Candeias JAN, Glass RI. National laboratory surveillance of viral agents of gastroenteritis in Brazil. Bulletin of the Pan American Health Organization 1993;27: 224-233.
23. Waldman EA, Barata RCB, Moraes JC, Guibu IA, Timenetsky MCST. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos, em área da Região Sudeste do Brasil, 1986-1987. II – Diarréias. Revista de Saúde Pública 1997; 31:62-70.
24. Gonçalves EGR, Sabroza PC, Hofer E. Prevalência de infecção por *Vibrio cholerae* O1 no Município de Manacapuru, Amazonas, Brasil (1992). Cadernos de Saúde Pública 1998;14:319-325.
25. Campos GJV, Reis Filho AS, Silva AAM, Novochadlo MAS, Silva RA, Galvão CES. Morbimortalidade infantil por diarreia aguda em área metropolitana da Região Nordeste do Brasil, 1986-1989. Revista de Saúde Pública 1995;29:132-139

Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003

Normative Evaluation of the Immunization Action in the Teams of the Family Health Program, in the Municipality of Olinda, Pernambuco State, Brazil, in 2003

Daniela Maria dos Santos

Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

Luciana dos Santos Dubeux

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Recife-PE

Paulo Germano de Frias

Diretoria de Pesquisa, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

Lygia Cármen de Moraes Vanderlei

Núcleo de Epidemiologia, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

Suely Arruda Vidal

Diretoria de Pesquisa, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

Resumo

Este estudo visa avaliar o grau de implantação da ação programática Imunização e verificar suas atividades executadas no Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil. Realizou-se um estudo avaliativo, do tipo normativo de corte transversal, no período de junho a julho de 2003, entre as 40 equipes de saúde da família da localidade. Utilizou-se um instrumento estruturado com questões relativas aos critérios e normas preconizados pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, contemplando tanto aspectos estruturais como de processo. Detectou-se baixo grau de implantação nas equipes (100% parcialmente implantadas). As atividades encontradas com maior frequência foram: “Disponibilidade das vacinas do esquema básico”; “Realização do esquema completo de imunização”; e “Envolvimento multiprofissional” na execução dessa ação programática (100% para todas). Os resultados indicam que as equipes não seguem as normas e rotinas preconizadas, o que demonstra a necessidade de implementação de ações de caráter político e operacional para o programa alcançar suas metas.

Palavras-chave: imunização; saúde da criança; avaliação normativa.

Summary

This study aims to evaluate the degree of implantation of the immunization program, and to verify the activities relative to this action carried out in the municipality of Olinda, Pernambuco State, Brazil. A cross-sectional study was performed in the period of June to July of 2003 among the local 40 family health teams. A structured instrument was used, with questions related to the criteria and norms recommended by the Ministry of Health National Program of Immunizations, contemplating both process and structural aspects. Low implantation degree was detected in the teams (100% partially implanted). The activities found more frequently were: “Availability of basic scheme vaccines”, “Complete accomplishment of immunization scheme”, and “Multi-professional involvement” in the execution of this program (100% for all). The results indicate that the teams don't follow the norms and recommended routines, demonstrating necessity of implementing actions of political and operational character to reach the program goals.

Key-words: immunization; child health; normative evaluation.

Endereço para correspondência:

Rua Helena Cavalcante Ferreira, 61, Casa Caiada, Olinda-PE. CEP: 53130-570
E-mail: danisantos_enf@hotmail.com

Introdução

A imunização é um processo fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis em crianças, principalmente no primeiro ano de vida, e constitui importante fator associado à redução da taxa de mortalidade infantil.

Em 1974, a Organização Mundial da Saúde criou o Programa Ampliado de Imunização (PAI) com o objetivo de, até 1990, colocar à disposição das crianças de todo o mundo as vacinas já disponíveis para o controle de algumas doenças transmissíveis, como difteria, coqueluche, tétano, paralisia infantil, tuberculose e sarampo.¹ No Brasil, o programa foi regulamentado, suas normas organizadas e competências definidas em 1975.² Hoje, são suas metas operacionais: 100% dos menores de um ano imunizados por todas as vacinas indicadas para o primeiro ano de vida (BCG, tríplice viral, poliomielite, hepatite B e tetravalente); e 100% das crianças menores de cinco anos de idade – que não tenham sido vacinadas ou que não tenham completado o esquema básico no primeiro ano de vida – atendidas com a aplicação desses produtos vacinais.²

Em 1990, o Brasil foi um dos signatários da Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, comprometendo-se a contribuir para a “*erradicação da poliomielite em todo o mundo até o ano 2000; eliminação do tétano neonatal; redução de 90% nos óbitos associados ao sarampo e de 90% nos casos de sarampo até 1995; e a preservação de um alto nível de cobertura imunobiológica nas crianças menores de 1 ano (pelo menos 90% até o ano 2000) contra difteria, coqueluche, tétano, sarampo, pólio e tuberculose*”,³ entre outras metas a alcançar.

Nesse sentido, um grande avanço para o alcance desses percentuais de cobertura foi a descentralização dos serviços de saúde a partir de 1990 (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a ampliação das responsabilidades municipais no tocante a saúde. Essa política descentralizadora, provavelmente, facilitou a realização e coordenação das atividades do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no nível local; e seu maior impacto, refletido na melhoria das taxas de cobertura vacinal alcançada em anos recentes.⁴⁻⁷ Em seguida, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1994, incorporou o Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS), cuja missão é reorganizar as unidades básicas de saúde para que se tornem resolutivas e estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A importância estratégica do PSF consiste na construção de um novo modelo assistencial de saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, o SUS.^{8,9}

Apesar de tantos avanços alcançados no sistema de saúde brasileiro, são poucas as produções científicas referentes à avaliação dos aspectos organizacionais e operacionais da vacinação no nível de abrangência municipal. Levantamento bibliográfico realizado por Gonçalves e colaboradores¹⁰ sobre esse tema de estudo identificou oito trabalhos, dos quais apenas três abordavam aspectos organizacionais.

Diante de sua escassez na literatura, a realização de avaliações sobre trabalhos afins ao tema é bastante pertinente, haja vista permitir um “*juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões*”,¹¹ ademais, “*viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade*.”¹²

A política descentralizadora do SUS, provavelmente, contribuiu para a execução do Programa Nacional de Imunização em nível local e para a melhor cobertura vacinal observada nos últimos anos.

Esta pesquisa teve por objetivos verificar as atividades executadas relacionadas à ação programática Imunização e avaliar seu grau de implantação em todas as equipes de saúde da família (ESF) do Município de Olinda, Estado de Pernambuco.

Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo normativo e de corte transversal, realizado nas ESF do Município de Olinda, cidade de 367.902 habitantes¹³ situada na Região Metropolitana do Recife, litoral do Estado de Pernambuco.

Sobre as doenças imunopreveníveis, o Município apresentou uma incidência de coqueluche em ascensão, de 0,3 caso por 100.000 habitantes em 2001 para de 1,1/100.000 hab. em 2002; igual fenômeno aconteceu com o tétano acidental (0,6/100.000 hab. em 2001 e 0,8/100.000 hab. em 2002). Olinda não apresentou casos de difteria, poliomielite, sarampo e tétano neonatal nestes últimos anos.¹⁴

O Município está habilitado na gestão plena do sistema municipal e sua rede pública de saúde distribui-se entre dois distritos sanitários (DS I e DS II). No ano estudado, dispunha de 41 equipes de saúde da família, 25 no DS I e 16 no DS II, lotadas em 15 e 13 unidades de saúde da família, respectivamente. Apenas uma ESF foi excluída da pesquisa, por se encontrar em processo de cadastramento.

Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2003, mediante formulário padronizado pelo Ministério da Saúde em 1994,¹⁵ atualizado e adaptado no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. O instrumento estruturado contempla questões relacionadas à estrutura (normas, equipamentos e insumos) e ao processo (ações e atividades relativas a imunização).¹⁶

Houve treinamento específico para a aplicação, ajuste do questionário e consolidação das respostas, com definição de regras para consideração da resposta positiva. Assim, para a atividade “Educação em Saúde”, esta considerou-se como desenvolvida se executada, no mínimo, uma vez ao mês.

As entrevistas foram agendadas previamente, realizadas com qualquer um dos profissionais (médico ou enfermeiro) das ESE. Com o objetivo de atestar a qualidade dos dados, após a primeira coleta, o questionário foi repetido em uma amostra aleatória, definida mediante sorteio, de 10% das ESE, nos dois DS. Esse procedimento verificou um percentual de 100% de concordância das respostas.

O processamento e a análise dos dados foram realizados manualmente; após correções e ajustes, os resultados foram digitados e tabulados em planilhas eletrônicas.

Os critérios para julgamento do grau de implantação basearam-se naqueles propostos pelo Ministério da Saúde no documento “Roteiro de Avaliação dos Programas”,¹⁵ adaptados pelos autores do presente

estudo. Os critérios originais propostos pelo Ministério eram os seguintes: Implantada – 100% das respostas positivas; Parcialmente implantada – 40% a 90% das respostas positivas; e Não implantada – menos de 40% das respostas positivas.

Em razão da ampla faixa considerada para o grau de classificação Parcialmente implantada (40 a 90%), adotou-se, para este estudo, a seguinte classificação:

- Implantada – 100% de respostas positivas;
- Parcialmente implantada satisfatória – 80% a 90% de respostas positivas;
- Parcialmente implantada não satisfatória – 40% a 70% de respostas positivas; e
- Não implantada – menos de 40% de respostas positivas.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Núcleo de Pesquisa do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, em 7 de julho de 2003.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a distribuição da frequência das atividades de imunização desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. Observa-se que 100% das ESF dos dois DS dispõem de todas as vacinas do esquema básico, realizam o esquema completo de vacinação e apresentam envolvimento multiprofissional. As atividades menos realizadas foram: “Fichário com cartão de aprazamento das vacinas” (32,0% e 40,0% nos DS I e II, respectivamente); e “Entrosamento da equipe com entidades de apoio” (0 no DS I e 6,6% no DS II), para atuação em parceria na promoção e incentivo à imunização.

A Tabela 2 exhibe o julgamento do grau de implantação: em todas as ESE, a ação encontra-se parcialmente implantada. Segundo o critério adotado, porém, no DS I, a ação de imunização classifica-se como “Parcialmente implantada satisfatória” em 60% das ESE, enquanto no DS II, a mesma classificação compreende 86,5% das ESE; dessa forma, o consolidado para o Município de Olinda é de 70% das equipes com a ação classificada como “Parcialmente implantada satisfatória”; e de 30% como “Não satisfatória”.

Tabela 1 - Distribuição da freqüência das atividades referentes à ação programática Imunização nas equipes de saúde da família dos distritos sanitários do Município de Olinda, Estado de Pernambuco. Brasil, 2003

Atividades	DS I (n=25)		DS II (n=15)		Olinda (n=40)	
	n	%	n	%	n	%
Dispõe de todas as vacinas do esquema básico	25	100,0	15	100,0	40	100,0
Realiza esquema completo de vacinação	25	100,0	15	100,0	40	100,0
Conservação adequada das vacinas	22	88,0	13	86,6	35	87,5
Busca de faltosos	24	96,0	15	100,0	39	97,5
Educação em saúde	19	76,0	11	73,3	30	75,0
Fichário com cartão de aprazamento das vacinas	8	32,0	6	40,0	14	35,0
Envolvimento multiprofissional	25	100,0	15	100,0	40	100,0
Entrosamento da equipe com entidades de apoio	0	-	1	6,6	1	2,5
Normas do Ministério da Saúde	24	96,0	15	100,0	39	97,5

Fonte: Prefeitura Popular de Olinda, Secretaria de Saúde, 2003

Tabela 2 - Grau de implantação da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família de acordo com os distritos sanitários do Município de Olinda, Estado de Pernambuco. Brasil, 2003

Grau de implantação	DS I (n=25)		DS II (n=15)		Olinda (n=40)	
	n	%	n	%	n	%
Implantada	0	-	0	-	0	-
Parcialmente implantada satisfatória	15	60,0	13	86,5	28	70,0
Parcialmente implantada não satisfatória	10	40,0	2	13,5	12	30,0
Não implantada	0	-	0	-	0	-

Fonte: Prefeitura Popular de Olinda, Secretaria de Saúde, 2003

Discussão

O presente estudo propôs-se a conhecer a situação das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para a ação programática Imunização e avaliar o grau de implantação dessa ação no conjunto das ESF do Município de Olinda.

Baseou-se no pressuposto de que vários atores, distintos interesses e cenário político-econômico

existente influenciam sobremaneira a implementação de uma intervenção, tornando-a diferente da planejada inicialmente. O método escolhido foi o de uma avaliação normativa. Segundo Contandriopoulos,¹¹ essa forma de avaliação, também chamada administrativa, compreende o julgamento da aplicação de normas e critérios pré-estabelecidos, considerados padrão para uma dada situação. Os componentes trabalhados na avaliação foram Estrutura e Processo; este último,

particularmente, é referido por Vuori¹⁷ como o mais importante: “(...) *se se quer melhorar a assistência, isso tem que acontecer no nível do processo ou da estrutura. Resultados são, sempre, consequência de alguma coisa. Se os resultados são precários, há que se voltar ao processo e descobrir coisas a serem corrigidas.*”

Entretanto, devem-se mencionar as limitações metodológicas deste estudo, haja vista as dificuldades operacionais relacionadas a transporte, reprodução de material e limitação do tempo, além de outros procedimentos complementares que impedirem a adoção, como triangulação, da confirmação das respostas por mais de um meio de verificação.¹⁸ Considere-se, portanto, na análise dos dados, a possibilidade de respostas falso-positivas (referência à execução da atividade, quando não aconteceu) e falso-negativas (relato de não-execução, quando aconteceu). O procedimento de repetir a entrevista em uma amostra, por sua vez, aumentou a confiabilidade do estudo ao afirmar a concordância entre a primeira e a segunda entrevistas.

Outra limitação refere-se ao critério de classificação, por demais rigoroso, no julgamento do grau de Implantado, quando da exigência de execução de 100% das atividades preconizadas, em que se utilizou o mesmo peso para cada questão.

Apesar dessas considerações, o modelo do estudo é útil e adequado para gestores locais, pois, ao identificar a atividade mais frágil, facilita a decisão de cada unidade de saúde da família de redirecionar o planejamento para o alcance de suas metas.

Em relação a cada atividade, analisada separadamente, percebe-se que 100% das equipes cumprem as normas do Ministério da Saúde para o PNI quanto à disponibilidade de todas as vacinas do esquema básico, realização do esquema completo e envolvimento multiprofissional na realização dessa ação programática. Elas são de grande relevância para o cumprimento da meta operacional do PNI.² Ademais, o trabalho conjunto dos profissionais da equipe tem papel importante na motivação da vacinação, pois auxilia na busca da participação e na orientação da população acerca de medidas de proteção e promoção da saúde.²

Para motivar a população, duas outras atividades contribuem com esse objetivo, “Educação em saúde” e “Entrosamento da equipe com entidades de apoio social”, as quais obtiveram pouca representatividade nas equipes – 75% e 2,5 %, respectivamente. Silva¹⁹

refere que “(...) *um dos obstáculos à elevação dos níveis de vacinação está nos conhecimentos e crenças dos usuários*”; por isso, é necessário que a equipe de saúde elabore estratégias de ação que despertem o interesse da população e mantenham as coberturas ideais de vacinação. Essas estratégias são tão mais efetivas quando a abordagem da comunidade acontece por intermédio de organizações governamentais ou não governamentais – estas que são formas legítimas de representação e canais de expressão de seus medos e anseios.²

O modelo deste estudo é útil e adequado aos gestores locais, porque permite a identificação de fragilidades e o redirecionamento do PNI no Município.

No que toca à conservação de vacinas, apenas 87,5% das ESF mantinham-nas em condições adequadas. Nesse sentido, a falha mais encontrada foi o mau estado de funcionamento de geladeiras e termômetros – que pode levar ao comprometimento das propriedades dos imunobiológicos –, em claro descumprimento das normas referentes à cadeia de frio preconizadas pelo PNI.²

Observa-se que o fichário com cartão de aprazamento na sala de vacina, também recomendado pelo PNI (desde 1977),¹⁰ foi atestado em apenas 35% das ESF do Município. Esse sistema de arquivo permite e facilita o controle, a identificação e a convocação dos faltosos mediante a separação dos usuários por faixa etária e data de aprazamento das próximas vacinas.¹⁰ Essa ausência, contudo, não impediu a busca dos faltosos às vacinas, pois, segundo os entrevistados, essa atividade é realizada pelos ACS, via “cartão sombra”, em 97,5% das equipes. A julgar pela detecção de casos de coqueluche observados em 2001 e 2002,¹⁴ essa atividade tampouco foi suficiente. O baixo custo das vacinas, porém, associado ao reduzido pessoal necessário para o desenvolvimento do Programa, mostra-se altamente compensador ante o sofrimento e angústia a que está sujeita a população com a doença, a ameaça de incapacidade e a morte, de custo inestimável.²⁰

As normas de vacinação do Ministério da Saúde, que dispõem sobre a organização e normalização do atendimento, fazem-se presentes e são cumpridas por

97,5% das equipes de saúde da família. Verifica-se, porém, que a adesão das ESF de Olinda às rotinas preconizadas não se faz a contento. Segundo Pierce,²¹ o atendimento das normas contribui para a diminuição nas falhas de vacinação e para o aumento dos níveis de cobertura vacinal.

Observou-se, sem embargo, boa cobertura vacinal do Município em 2002, para as vacinas Sabin (95,7%), anti-sarampo (103,6%), BCG (113,2%), hepatite B (97,5%), entre outras.²²

Algumas recomendações merecem e devem ser feitas. Uma ação importante diz respeito aos técnicos responsáveis pela supervisão das salas de vacina, na revisão do funcionamento das geladeiras e termômetros, para garantir a qualidade dos imunobiológicos; e na análise e consideração, em conjunto com as ESF, sobre a possibilidade de implementação do fichário de aprazamento das vacinas, para que esse valioso instru-

mento de monitoramento não fique restrito ao “cartão sombra” dos agentes comunitários de saúde.

A ação programática Imunização no Município de Olinda alcançará o grau de Implantada e a meta de 100% da população-alvo imunizada – evitando-se, assim, o surgimento de doenças imunopreveníveis –, quando todo o processo for objeto do máximo cuidado, desde o aspecto operacional do programa até as ações de caráter político com base no compromisso com a saúde da população, especialmente a promoção e proteção à saúde da criança. Um exemplo de atendimento a esta última preocupação estaria na articulação intersetorial da Saúde com outros setores da administração municipal, como a Educação e a Ação Social, e, da mesma forma, com organizações sociais não governamentais, visando ao estabelecimento de parcerias, que, sem dúvida, repercutirão positivamente na comunidade.

Referências bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Actas Oficiales nº 217. 27ª Asamblea Mundial de la Salud - 7 a 23 de mayo 1974. Ginebra: OMS; 1974.
2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. 4ª. ed. Brasília: Funasa; 2001.
3. Organização das Nações Unidas. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança e plano de ação para a aplicação da declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança no decênio de 1990: cúpula mundial em favor da infância. Nova York: ONU; 30 de setembro de 1990.
4. Batista Filho M, Romani SAM, organizadores. Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco. Recife: Ed. Bagaço; 2000.
5. Veras AACA, Osório MM, Frias PG, Sarinho SW, Romani SAM. Avaliação da atenção à saúde da criança e da gestante em serviços municipais de saúde em Recife. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco; 2004. Série de publicações científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, nº 8.
6. Sobral DHS, Galleguillos GB. Avaliação da qualidade do serviço das salas de vacina do Município de São Paulo. Anais da 4ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2004 nov. 23-26; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 45.
7. Souza MF, organizador. A Real-Idade do PSF: conversando com quem faz. Rio de Janeiro: Cebes; 2004. p. 90-94.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
9. Sousa MF. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate 2000;7-14.
10. Gonçalves ML, Almeida MCP, Gera SC. A Municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil, 1993. Caderno de Saúde Pública [periódico na Internet]. 1996 [acessado 2003 agosto];12(1). Disponível em: <http://www.scielo.br>
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineaut R. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. Cap. 2. p. 29-47.

12. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1997 jan-mar [acesso 2003 agosto];13(1). Disponível em: <http://www.scielo.br>.
13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
14. Secretaria de Saúde de Olinda. Diretoria de Vigilância à Saúde. Departamento de Epidemiologia. Olinda: SES; 2003.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Roteiro de avaliação dos programas PAISM/PAISC/PROSAD. Brasília: MS; 1994.
16. Donabedian A. Basic Approaches to Assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. p.75–125.
17. Vuori H. A Qualidade em Saúde. Apud: *Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate* 2000;15-28.
18. Yin RK. Estudo de casos: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. p. 56.
19. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados a não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, SP, 1994. *Revista de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1999 [acessado 2003 agosto];33(2). Disponível em: <http://www.scielo.br>
20. Costa AA. Programa de imunização: um desafio continuado [tese de Mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.
21. Pierce C et al. The Impact of the standards for pediatric immunization practices on vaccination coverage levels. *JAMA* 1996;626–630.
22. Ministério da Saúde. Dados e indicadores de saúde [dados na Internet]. Brasília: MS [acessado 2003 outubro]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

6ª MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, realizará de 15 a 17 de novembro, em Brasília, DF, a 6ª Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI). A 6ª EXPOEPI visa divulgar e premiar os serviços de saúde do país que se destacaram nessas áreas, no período de 2005 a 2006, pelos resultados alcançados em atividades relevantes para a saúde pública; também contará com oficinas de trabalho, mesas-redondas, palestras e conferências.

A EXPOEPI vem se consolidando como o principal evento de epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, tendo contado, na sua quinta edição, em 2005, com a participação de cerca de 1.300 pessoas.

Os serviços de vigilância em saúde estaduais e municipais interessados em participar da mostra competitiva da EXPOEPI deverão inscrever sua experiência bem sucedida, expressando os indicadores de resultados epidemiológicos ou operacionais em um ou mais dos seguintes temas:

1. Vigilância Ambiental
2. Vigilância, Prevenção e Controle de DST/Aids
3. Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis
4. Vigilância, Prevenção e Controle de Dengue
5. Vigilância, Prevenção e Controle de Malária
6. Vigilância, Prevenção e Controle de Tuberculose
7. Vigilância, Prevenção e Controle de Hanseníase
8. Vigilância, Prevenção e Controle de Hepatites Virais
9. Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis
10. Aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde
11. Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
12. Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violência
13. Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Em cada tema serão selecionadas 3 experiências para apresentação oral durante o evento, em um total de 39 trabalhos a serem divulgados e que participarão da Mostra Competitiva no local. As experiências devem ser originalmente dos Serviços de Saúde e demonstrar Reprodutibilidade, Sustentabilidade, Inovação e Impacto potencial na Saúde Pública. A inscrição é institucional e o autor principal deve ser lotado em serviço público de vigilância em saúde. A instituição vencedora em cada um dos temas receberá um prêmio de R\$ 30 mil.

Para maiores informações acesse o site da SVS: www.saude.gov.br/svs

Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil *

Popular Knowledge of Generic Medicine in a Medical Care and Training District of the Municipality of Rio Branco, Acre State, Brazil

Marta Adelino da Silva Faria

Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento do Acre, Rio Branco-AC
Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA

José Tavares-Neto

Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA

Resumo

A política pública de medicamentos genéricos (MdG) implantada no Brasil em 1999 visa aumentar o acesso da população aos medicamentos. Este trabalho objetivou avaliar o conhecimento popular sobre MdG utilizando amostra probabilística da população do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, no Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil. A pessoa classificada como “conhecedora” de MdG definiu-os de forma correta e indicou-os no *kit* apresentado. O conhecimento sobre MdG foi apenas de 22,1%, predominando ($p < 0,0001$) nas pessoas com maiores indicadores socioeconômicos. Os meios de comunicação foram descritos como a principal fonte de informação, apesar de apenas 27,9% dos entrevistados, considerarem as campanhas educativas sobre MdG regulares, boas ou ótimas.; 23,6%, tão-somente, relataram já haver pedido ao médico prescrição de MdG, tendo como principal motivo o menor preço. O baixo conhecimento popular sobre MdG pode ser explicado pelos menores indicadores socioeconômicos da amostra estudada e, provavelmente, pela pequena eficácia ou abrangência de campanhas educativas.

Palavras-chave: medicamento genérico; hábitos de consumo de medicamentos; farmacologia.

Summary

Public policy about generic medicine (MdG) implemented in Brazil in 1999 intends increasing popular access to medicines. This work aimed to evaluate popular knowledge about MdG, using probable sample from the population of the Medical Care and Training District of Tucumã, Municipality of Rio Branco, Acre State, Brazil. The person classified as “aware” of MdG defined it correctly and indicated it in the presented kit. Knowledge about MdG was of only 22.1%, more significant among those with higher social-economical indexes. The means of communication were said to be the main source of information, nevertheless only 27.9% of the interviewees considered educational campaigns about MdG regular, good or excellent; and only 23.6% said they had requested the physician to prescribe MdG, having the lower price as the main reason. The low popular knowledge about generics can be explained by the least social-economical indexes of the studied sample, and, probably, by the lower effectiveness or reach of the educational campaigns.

Key words: generic medicine; medicine consume habits; pharmacology.

* Apoio financeiro: Programa de Educação Tutorial – Medicina (Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior; e Universidade Federal da Bahia); Ministério da Ciência e Tecnologia, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; e Governo do Estado do Acre.

Endereço para correspondência:

Alameda Jasmins, 27, Chácara Ipê, Rio Branco-AC. CEP: 69911-690
E-mail: martafaria@contilnet.com.br

Introdução

Estima-se que um terço da população mundial não tenha acesso regular aos medicamentos essenciais. Isso decorre, principalmente, dos elevados preços e da ausência de capacidade de regulação do mercado farmacêutico.¹

Nos países com política pública de medicamentos genéricos (MdG), observa-se maior regulação do mercado de medicamentos² e conseqüente queda nos preços dos produtos de referência.³ A comercialização dos MdG só é possível, entretanto, após a expiração da patente do medicamento de referência.⁴

Os MdG foram introduzidos no Brasil a partir da regulamentação da Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999,⁵ e sua normalização técnica responsabilizada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).⁶ O menor preço dos MdG deve-se à economia com *marketing* e à ausência de despesas com desenvolvimento de nova molécula e ensaios clínicos, estas por conta do produto inovador.⁷

A falta de informações é um dos principais fatores responsáveis pelo uso de medicamentos em desacordo à prescrição médica.⁸ Na Espanha, estudos relataram o fato de 98,9% dos pacientes que receberam educação a respeito de MdG aceitarem substituir o medicamento de marca prescrito pelo MdG correspondente.⁹ Nos Estados Unidos da América (EUA), descreveram-se como fatores decisivos para o aumento do uso de MdG a conduta do farmacêutico – na substituição do medicamento de marca por genérico –, do prescritor – que tem o MdG como alvo – e do consumidor – que procura pelo MdG espontaneamente.¹⁰

Nos países que contam com política pública de medicamentos genéricos, observa-se maior regulação do mercado e queda nos preços dos medicamentos de referência.

Pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde¹¹ mostrou que 54% dos pesquisados se autocalificaram como “muito bem informados ou razoavelmente informados” sobre MdG; o menor índice de conhecimento identificado por essa pesquisa foi o das pessoas

do sexo masculino, de baixa renda familiar e residentes nas Regiões Centro-Oeste e Norte. Nenhum estudo sobre o uso ou conhecimento popular dos MdG fora realizado entre a população do Estado do Acre, constatação que motivou nestes autores a oportunidade e objetivação do presente estudo.

Metodologia

A amostra deste estudo foi calculada mediante o aplicativo Epi Info,¹² a partir do número populacional (n=25.406 habitantes) dos 14 bairros estudados e dos dados de prevalência encontrados na pesquisa do Ministério da Saúde – que descreve o nível de desinformação sobre MdG de 46% ou p=0,46,¹¹ resultando um *n* amostral mínimo de 137. O estudo transversal foi realizado sobre 140 pessoas de 25 a 60 anos de idade, residentes no Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, do Município de Rio Branco, capital do Estado do Acre.

Inicialmente, verificaram-se todos os 25 setores censitários (SC) fornecidos pelo escritório da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Estado, entre os 14 bairros que compõem aquele Distrito; de cada bairro, estudou-se apenas um setor censitário, escolhido por sorteio, perfazendo um total de 14 SC estudados.

Na segunda etapa do estudo, foram sorteadas duas quadras de cada SC; na quadra inicial, sorteou-se uma casa como ponto de partida para o percurso das demais no sentido horário, até atingir dez casas por bairro, contabilizando 140 entrevistas.

Na terceira etapa, em cada domicílio, sorteou-se um morador para participar da pesquisa; se ele não concordasse em ser participante, outra pessoa da mesma casa seria sorteada, mantidos os critérios definidos pelos autores para sua inclusão. Quando não houvesse qualquer pessoa na casa sorteada que preenchesse os critérios de seleção, considerar-se-ia a casa de número imediatamente superior.

O trabalho de campo (entrevistas) realizou-se no período de 16 de março a 28 de abril de 2004. Às pessoas sorteadas, foram apresentados um questionário e um modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para classificar o entrevistados quanto ao conhecimento sobre MdG, levou-se em conta sua definição correta e a identificação, no *kit* apresentado com

embalagens de ambos, do MdG e do medicamento de marca. Cada indivíduo recebeu uma pontuação de zero a oito (para cada resposta correta, um ponto). Aqueles com cinco ou mais pontos foram classificadas como “conhecedores”; e “não conhecedores” de MdG, os que receberam entre zero e quatro pontos.

Para a estimativa do indicador socioeconômico (ISE) de cada pessoa, somaram-se os escores das respostas sobre as seguintes questões: renda mensal; renda familiar; grau de instrução do entrevistado; ocupação principal; e condições da habitação. A avaliação desta última questão implicou o cálculo das seguintes variáveis: material predominante na construção da residência; abastecimento de água; tratamento de água no domicílio; destino dos dejetos e coleta de lixo. A pessoa amostrada poderia acumular pontuação entre zero e 25, para o cálculo final do ISE.

Os dados foram analisados utilizando-se o *software* SPSS versão 9.0;¹³ conforme tipo e/ou distribuição da variável, foram aplicados o teste do qui-quadrado ou o exato de Fisher. No caso de variável ordinal ou contínua (sem distribuição normal), aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Na análise da variável idade (distribuição normal), foi aplicado o teste t de Student. O índice Kappa foi calculado segundo Kramer & Feinstein.¹⁴ Nas análises, o resultado considerado como de significância estatística foi aquele que apresentou probabilidade (p) de erro tipo I igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$).

Considerações éticas

O protocolo da pesquisa-objeto deste relato foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Acre (Fundhacre), de Rio Branco-AC,

obtendo sua aprovação. O presente texto faz parte da dissertação de mestrado aprovada pela Universidade Federal da Bahia no ano de 2005.¹⁵

Resultados

O estudo incluiu 140 pessoas, de ambos os sexos, maiores de 24 anos de idade ($37,5 \pm 10,2$; limites de 25 e 60 anos), com residências distribuídas aleatoriamente, nos 14 bairros do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã. Entre elas, observe-se na Tabela 1, somente 22,1% não souberam definir, com propriedade e clareza, o que é medicamento genérico, além de serem incapazes de diferenciá-lo pelas embalagens apresentadas. Mais de dois terços (85%) dos entrevistados, entretanto, reconheceram, por diferentes características citadas, qual era o MdG entre os medicamentos do *kit* de embalagens. A Tabela 1 também mostra elevada sensibilidade (96,9%) e valor preditivo-negativo (95,2%) do conhecimento sobre MdG, apesar de muito baixo valor preditivo-positivo (26%) e de especificidade (18,5%).

As pessoas “conhecedoras” de MdG foram comparadas aos demais sujeitos da pesquisa por sexo e faixa etária (Tabela 2). Apesar do conhecimento sobre MdG ser mais freqüente, significativamente ($\chi^2=10,63$; $p < 0,001$), entre homens (36,4%) do que entre mulheres (12,9%), igual achado, com significância estatística, foi verificado tão-somente nos maiores de 38 anos de idade ($p < 0,004$). A média da idade das 31 pessoas ($36,9 \pm 10,1$ anos) com conhecimento sobre MdG, contudo, foi semelhante ($t=0,65$; $p > 0,52$) à média das 109 sem esse conhecimento ($38,2 \pm 10,3$ anos).

Tabela 1 - Conhecimento sobre medicamento genérico segundo resposta quanto ao acerto ou não do medicamento genérico no *kit* apresentado no Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, 2004

Kit	Conhece o que seja medicamento genérico		
	Sim (%)	Não (%)	Total (%)
Acertou	31 (96,9) ^a	88 (81,5)	119 (85,0) ^c
Errou	1 (3,1)	20 (18,5) ^b	21 (15,0) ^d
TOTAL	32 (100,0)	108 (100,0)	140 (100,0)

a) Sensibilidade

b) Especificidade

c) Valor preditivo-positivo: 26,0% (31/119)

d) Valor preditivo-negativo: 95,2% (20/21)

Tabela 2 - Conhecimento do medicamento genérico em relação à faixa etária e sexo no Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, 2004

Conhecimento	Faixa etária (anos) por sexo n (%)					
	25 a 28		29 a 38		39 a 60	
	F	M	F	M	F	M
Sim	4 (18,2)	5 (38,5)	4 (14,3)	5 (29,4)	3 (9,4)	10 (40,0)
Não	18 (81,8)	8 (61,5)	24 (85,7)	12 (70,6)	32 (91,4)	15 (60,0)
TOTAL	22 (100,0)	13 (100,0)	28 (100,0)	17 (100,0)	35 (100,0)	25 (100,0)
Estatística	p>0,24^a		p>0,26^a		p<0,004^b	

a) teste exato de Fisher

b) qui-quadrado ($\chi^2=8,49$)

Outra forma de avaliação do conhecimento sobre MdG foi a de solicitar aos entrevistados a citação de uma ou mais características do produto em embalagem fechada. Todas as 31 pessoas que foram consideradas “conhecedoras” citaram, corretamente, uma ou mais características dos MdG, enquanto as citações das demais mostraram frequência de acerto da ordem de 76,2% – uma diferença significativa ($\chi^2=15,13$; $p<0,001$), portanto.

Pelo teste de Mann-Whitney, as 31 pessoas com conhecimento sobre MdG tinham, de forma significativa ($p<0,0001$), melhor ISE, comparativamente às 109 consideradas sem conhecimento (*mean rank*: 106,1 *versus* 60,4). Esse indicador apresentou limites de cinco e 24 pontos; e mediana de 13. Entre os “conhecedores” de MdG, a frequência daqueles com ISE \geq 14 pontos foi de 80,6%; no grupo “não conhecedor”, essa frequência foi de 39,4% – uma diferença altamente significativa ($\chi^2=16,40$; $p<0,0001$).

Também foi analisado o grau de instrução dos sujeitos da pesquisa, separadamente, apesar de já estar contemplado no cálculo do ISE. Os entrevistados foram distribuídos em duas categorias, segundo o nível de escolaridade: básico, inclusive para aqueles com o 2º grau incompleto; e médio ou superior. O grupo “conhecedor” revelou-se, sobre essas categorias, 25,8% de nível básico e 74,2% de nível médio ou superior; e o grupo “não conhecedor”, 73,4% e 26,6%, respectivamente ($\chi^2=23,41$; $p<0,0001$).

Quando questionados para auto-avaliarem a informação sobre MdG, a frequência do grau de informação “regular, bom ou superior” (*versus* “muito pouco informado + pouco informado”) no grupo “conhecedor” foi de 64,5%; no grupo “não conhecedor”, essa frequência foi de 7,3% – diferença altamente significativa ($\chi^2=49,32$; $p<0,0001$). Sem embargo, apesar da concordância de 86,4%, o índice Kappa (=0,59) foi considerado como de concordância moderada.

Os meios de comunicação, especialmente a televisão, foram as principais fontes de informação de 35,5% dos “conhecedores” e de 9,2% dos “não conhecedores”. Médicos e farmacêuticos foram citados como as principais fontes de informação por apenas 12,9% e 4,6% de cada um dos grupos, respectivamente. Dos “conhecedores” e “não conhecedores”, 41,9% e 79,8%, na mesma ordem, citaram “nunca haver procurado se informar sobre os MdG” ou fizeram referência a expressão semelhante. Outras respostas, em menor frequência, comparada às anteriores, apresentaram distribuição bastante desigual ($\chi^2=18,94$; $p<0,0003$; g.l.=3) quanto à fonte de informação dos dois grupos estudados.

Na Tabela 3, encontram-se registradas as opiniões (grupadas) sobre as campanhas educacionais de MdG. No grupo de “conhecedores”, mais de um terço (38,7%) julgou-as ruins ou péssimas, opinião idêntica à de 37,6% dos “não conhecedores”. Destes, porém, quase um terço (32,1%) não soube avaliar as campanhas de publicidade e 10,1% nunca ouviram

Tabela 3 - Opinião sobre as campanhas de publicidade veiculadas no rádio ou televisão em relação ao conhecimento sobre medicamento genérico no Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, 2004

Campanhas de publicidade sobre medicamento genérico no rádio e/ou televisão	Conhece o que seja medicamento genérico n (%)		
	Sim	Não	Total
Não sabe avaliar	3 (9,6)	35 (32,1)	38 (27,1)
Ruins ou péssimas	12 (38,7)	40 (36,7)	52 (37,1)
Regulares, boas ou ótimas	16 (51,6)	23 (21,1)	39 (27,9)
Nunca ouviu ou viu	0	11 (10,1)	11 (7,9)
TOTAL	31 (100)	109 (100)	140 (100)

ou viram tais campanhas. No grupo “conhecedor” de MdG, foram 9,6% os que confessaram não saber avaliar essas campanhas e 0% os que afirmaram não ter conhecimento delas. Também aqui, observa-se uma distribuição desigual entre os dois grupos ($\chi^2=13,81$; $p<0,004$).

O relato do uso prévio de MdG foi citado por 87,1% das pessoas classificadas como “conhecedoras” e por 56,0% das “não conhecedoras” ($\chi^2=10,02$; $p<0,002$). A história de solicitação da prescrição de MdG após alguma consulta, todavia, foi semelhante ($\chi^2=3,14$; $p>0,07$) entre os dois grupos, de 35,5% e de 20,2%, respectivamente. O motivo mais freqüente da iniciativa do pedido ao médico foi de “porque o MdG é mais barato”. A possível resistência do médico ao pedido de prescrição de MdG foi citada por apenas 2,9% dos entrevistados.

As pessoas entrevistadas informaram um gasto mensal com medicamentos entre R\$ 0,00 e R\$ 300,00 (mediana de R\$ 30,00) – pelo teste de Mann-Whitney, a *mean rank* do grupo “conhecedor” foi de 88,32, contra 62,20 do “não-conhecedor” ($p<0,001$). Entre os integrantes do primeiro grupo, 30 (96,8%) afirmaram

ter algum gasto mensal ($\geq R\$5,00$), enquanto no grupo “não conhecedor”, 19,3% não relataram qualquer gasto com medicamentos ($\chi^2=6,20$; $p<0,02$).

Tanto no grupo considerado “conhecedor” como no “não conhecedor”, a referência de ser portador ou de possuir familiar portador de doença (s) crônica (s) com necessidade de medicação de uso contínuo teve distribuição semelhante, de 22,6% e de 30,3%, respectivamente ($\chi^2=0,70$; $p>0,40$). As doenças crônicas mais freqüentes relatadas pelas 140 pessoas entrevistadas ou seus familiares residentes no mesmo domicílio foram: hipertensão arterial sistêmica (7,9%); “alergias” (5%); epilepsia (2,9%); diabetes *mellitus* (2,1%); e depressão/ansiedade (2,1%).

Na Tabela 4, observa-se uma série de situações associadas ao grupo “conhecedor”: maior aceitação de substituição de medicamento de marca por MdG, pela confiança no produto e/ou pelo preço menor ($p<0,04$); menor preço e/ou igual qualidade do MdG como principais razões para a escolha desse tipo de medicamento ($p<0,006$); e, no caso de não se encontrar na drogaria, procura pelo MdG em outra casa comercial ($p<0,0003$).

Tabela 4 - Comparativo entre conhecimento popular sobre medicamento genérico e outras situações avaliadas na pesquisa no Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, 2004

Situação avaliada	Conhece o que seja medicamento genérico n(%)			Valor de p
	Sim (n=31)	Não (n=109)	TOTAL (n=140)	
Sim, conhece a lista de genéricos no mercado ^a	15 (48,4)	33 (30,3)	48 (34,3)	>0,06
Genérico, categorizado como preço baixo ou bom ^b	27 (87,1)	76 (69,7)	103 (73,6)	>0,05
No momento da compra, aceita substituir medicamento de marca por genérico ^c	26 (83,9)	85 (78,0)	111 (79,3)	>0,47
Aceita a substituição de medicamento de marca por genérico porque confia e/ou tem menor preço ^d	25 (80,6)	66 (60,6)	91 (65,0)	<0,04
Avalia como boa a qualidade dos medicamentos genéricos ^e	25 (80,6)	69 (63,3)	94 (67,1)	>0,06
Não tem motivos para não comprar medicamento genérico ^f	26 (83,9)	73 (67,0)	99 (70,7)	>0,06
O menor preço e/ou a mesma qualidade são as principais razões para a compra de medicamento genérico ^g	29 (93,6)	75 (68,8)	104 (74,3)	<0,006
Ao procurar medicamento genérico prescrito e não o encontrar na drogaria, buscar em outra casa comercial ^h	20 (64,5)	29 (26,6)	49 (35,0)	<0,0003

a) *versus* não conhece a listab) *versus* outras respostasc) *versus* nãod) *versus* só compra o prescrito + não confia em genérico + porque não tem muita informação para estar confiantee) *versus* a qualidade é inferior + não sabe avaliarf) *versus* outrosg) *versus* outras respostash) *versus* não

Discussão

Neste estudo, observou-se baixa frequência (22,1%) de pessoas com conhecimento sobre MdG. Anteriormente, o Ministério da Saúde estimou em 54% o percentual de pessoas no Brasil que se autocalificavam como portadoras de bom conhecimento. Aqui, entretanto, essa categorização só foi descrita por 20% das pessoas entrevistadas e apresentou concordância razoável ($Kappa=0,59$) com a frequência de conhecimento aferida. Ainda sobre o estudo do Ministério da Saúde, verificou-se menor conhecimento sobre medicamentos genéricos por parte das pessoas do gênero masculino; nesta investigação, porém, mostraram-se mais “conhecedores” os homens com idade superior

a 38 anos. Por sua vez, no Brasil, os últimos censos populacionais – de 1991 e de 2000 – indicaram que o número de domicílios chefiados por mulheres representava 21,9% e 24,9%, respectivamente.¹⁶ Desse modo, visando uma maior efetividade do programa sobre medicamentos genéricos do Ministério da Saúde, é recomendável melhor definir, de forma mais clara e objetiva, quais os mais importantes agentes multiplicadores e formadores de opinião nos diversos espaços do território brasileiro.

Muito provavelmente, o baixo conhecimento sobre MdG observado em Rio Branco explica-se pelo menor índice socioeconômico ou, mais diretamente, pelo menor grau de escolaridade da população estudada. Entre as pessoas classificadas como conhecedoras,

ampla maioria (80,6%) declarou aceitar substituir um medicamento de marca por um MdG, enquanto 60% do grupo não conhecedor concordaram com essa substituição.

As campanhas veiculadas pelas instituições governamentais, especialmente pelo Ministério da Saúde, foram avaliadas como ruins ou péssimas por 37,1% das pessoas estudadas, enquanto 27,1% não souberam opinar e 7,9% nunca ouviram ou leram qualquer informação específica sobre o tema; outrossim, no grupo de pessoas consideradas como “conhecedoras”, mais de um terço (38,7%) avaliou essas campanhas como ruins ou péssimas. Foi grande a frequência de entrevistados que referiu a ausência de campanhas governamentais sobre MdG, talvez pelo tempo decorrido, aproximadamente de 20 meses, desde a última campanha do Ministério da Saúde até a data deste estudo. Além disso, muitos dos sujeitos da pesquisa sugeriram que essas campanhas deveriam acontecer nos bairros residenciais e em unidades de saúde, utilizando conteúdos mais objetivos e de mais fácil compreensão.

Grande parte da população estudada procede das cidades do interior do Estado, especialmente de áreas rurais ou de floresta (por exemplo, seringais),¹⁷ onde a frequência do analfabetismo é de 68,53% na população maior de 10 anos de idade;¹⁶ e onde é menor o acesso aos serviços de saúde e às fontes de informação.¹⁸ É possível especular que, nessas áreas do Estado, como também em grande parte da Região Norte do País, o desconhecimento sobre MdG seja ainda bastante acentuado, pois 36% de sua população de 10 ou mais anos de idade possui até três anos de estudo, tão-somente.¹⁶

A maior abrangência e acessibilidade das medidas educativas sobre MdG, provavelmente, beneficiarão grande parte da população de baixa renda. Estudo de Santos e colaboradores¹⁹ identificou que apenas 15% da população brasileira com renda acima de dez salários-mínimos representam 48% do mercado de medicamentos produzidos no Brasil. Os gastos que as empresas de grande porte destinam à promoção dos medicamentos de marca corresponde a 20%-30% de seu orçamento total.²⁰ As empresas de MdG não possuem estrutura financeira para essa promoção, o que faz com que esses medicamentos permaneçam desconhecidos do médico, que não os prescreve, e do consumidor, que não compara seus preços aos dos

diversos tipos e marcas disponíveis.²¹ O que se apresenta mais relevante para os interesses dos profissionais de saúde e consumidores são informações objetivas e imparciais, diferentemente das utilizadas pela indústria farmacêutica.²² Nesse sentido, os currículos de graduação, campos de prática e programas de educação continuada têm responsabilidade de intervenção no esperado processo de mudanças.

Em consequência do menor preço dos MdG, cabe às instituições públicas a promoção e veiculação de programas de educação, comunicação e informação dirigidos a médicos, farmacêuticos e estudantes dessas áreas, com o objetivo de estimular a maior participação dos MdG no mercado. Estudo realizado com médicos do Estado do Rio de Janeiro constatou que, quando solicitados para se autoclassificarem sobre MdG, 42% declararam não possuir informação sobre o tema, 54% disseram estar relativamente informados e apenas 4% afirmaram dominar o assunto.⁴

O baixo conhecimento da população estudada sobre medicamentos genéricos mostra a necessidade de revisão das medidas educativas e de maior envolvimento das instituições e seus agentes em prol da boa prática farmacêutica.

Este trabalho limitou-se à avaliação da opinião das pessoas sobre as campanhas de MdG porque o questionário utilizado continha perguntas “fechadas”. Assim, é recomendável que um futuro estudo aplique a metodologia qualitativa à investigação. Nesse contexto, outra limitação da pesquisa foi não ter identificado o grau de confundimento da população sobre MdG e medicamentos similares. Muitos entrevistados julgavam haver dois tipos de MdG, aqueles com a letra **G** na embalagem e outros sem essa especificação; e alguns sujeitos da pesquisa relataram estar usando um MdG quando, ao mostrarem-no espontaneamente, tratar-se de um medicamento similar. As diferenças entre MdG e similares, às vezes, não são suficientemente compreendidas pela população; e as empresas aproveitam-se disso, como estratégia de comercialização.⁴ Não foram encontrados relatos de estudos sobre o

impacto da política de MdG no mercado de similares ou vice-versa.

O medicamento similar, de menor preço que o produto de marca, diferenciava-se do MdG, também, porque não se submetia a testes de eficácia e segurança terapêutica.²³ O produto similar é conhecido, igualmente, como medicamento bonificado;⁷ porém, o Conselho Federal de Farmácia considera a bonificação mais uma forma de estimular a danosa prática da “empurroterapia”.⁷ Por mecanismo semelhante, portanto, há a freqüente prática do oferecimento de medicamento similar em substituição ao prescrito, embora a legislação²⁴ permita somente a intercambialidade terapêutica e a substituição genérica, que deve ser realizada, exclusivamente, pelo profissional farmacêutico.

A partir da publicação de Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 134, de 29 de maio de 2003 –,⁶ os fabricantes de medicamentos similares foram obrigados a comprovar sua eficácia e segurança. Em cumprimento àquela norma, até dezembro de 2004, 130 produtos similares tiveram seus registros cancelados.²³ Não obstante, o efetivo sucesso dessa medida será alcançado com o fortalecimento do conhecimento sobre MdG entre usuários e prescritores. Vallès e colaboradores,⁹ por exemplo, relataram que 98,9% dos pacientes aceitaram substituir medicamento de marca por MdG após participarem de programa de educação dirigido. Coerentemente, na amostra estudada, foi significativamente mais freqüente, no grupo classificado como “conhecedor”, a aceitação da substituição de medicamento de marca por medicamento genérico e a procura nas drogarias até o encontro do MdG.

O presente estudo confirmou a elevada freqüência com que a população estudada afirma ser o MdG “mais fraco” que o produto de referência. Nos EUA, a Food and Drug Administration (FDA) exige que a atividade farmacológica do produto genérico seja comparável à do produto de referência, embora aceite a variação entre ambos de $\pm 20\%$ a 30% . Dessa forma, o medicamento genérico e o correspondente podem ser 60% diferentes entre si (um 30% mais ativo e outro 30% menos ativo), gerando, assim, diferentes biodisponibilidades nas fórmulas comercializadas de um mesmo MdG. Desse modo, casas farmacêuticas produzem MdG não equivalentes.²⁵ Em ensaio clínico descrito por Storpirtis,²⁶ que comparou um produto de marca *versus* a respectiva formulação genérica (propranolol), os efeitos colaterais foram mais freqüentes (9,8%) na população em uso do MdG. Esses efeitos foram atribuídos, especialmente, aos diferentes excipientes das fórmulas.

O baixo conhecimento observado sobre MdG na população estudada indica a necessidade de revisão global do programa nas medidas educativas até então praticadas, e, no nível local, maior envolvimento das instituições e seus agentes visando às boas práticas de assistência farmacêutica.

Agradecimentos

Ao geógrafo José Luiz Bezerra de Faria, pela colaboração na coleta de dados.

Aos técnicos do Programa Especial de Treinamento (PET), Diana Lara Pinto e Eduardo Matos, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde. Perspectivas políticas sobre medicamentos da OMS - nº 1. Genebra: OMS; 2000.
2. Zara Yahni C, Segú Tolsa LS, Font Pous MF, Rovira J. La Regulación de los medicamentos: teoría y práctica. Gaceta Sanitaria 1998;12:39-49.
3. Anis AH, Guh DP, Woolcott J. Lowering generic drug prices: less regulation equals more competition. Medical Care 2003;41:135-141.
4. Tavares NMV. Política e comercialização de medicamentos genéricos no Brasil: uma análise do papel da prescrição no Estado do Rio de Janeiro [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
5. Brasil. Lei no 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece as bases legais para a instituição do medicamento genérico no País, sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 10 fev. 1999. Seção 1.

6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 134, de maio de 2003. Dispõe sobre a adequação dos medicamentos já registrados. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2 jun. 2003. Seção 1.
7. Dias CRC. Medicamentos genéricos no Brasil de 1999 a 2002: análise da legislação, aspectos conjunturais e políticos [dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
8. Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. Cadernos de Saúde Pública 2000;16:449-455.
9. Vallès J, Barreiro M, Cereza G, Ferro J, Martinez M, Escriba J, Iglesias B, Curucull E, Barceló E. A Prospective multicenter study of the effect of patient education on acceptability of generic prescribing in general practice. Health Policy 2003;65:269-275.
10. Mott DA, Cline RR. Exploring generic drug use behavior: the role of prescribers and pharmacists in the opportunity for generic drug use and generic substitution. Medical Care 2002;40:662-674.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pesquisa nacional de opinião pública sobre medicamentos genéricos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info. Epidemiologia em microcomputadores: um sistema de processamento de texto, banco de dados estatísticos. Atlanta: OPAS; 1990
13. SPSS. SPSS/PC™ UPDATE FOR V. 9.0 for the IBM PC/XT/AT and PS/12. Chicago: Norusis/SPSS; 2001. p. 89-123.
14. Kramer MS, Feinstein AR. Clinical biostatistics. LIV. The biostatistics of concordance. Clinical Pharmacology and Therapeutics 1981;29:111-123.
15. Faria MA. Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial de Rio Branco (Estado do Acre, Brasil) [dissertação de Mestrado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, 2005.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Censo demográfico, 2000 [dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2001 [acessado 2005 mar. 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>.
17. Prefeitura Municipal de Rio Branco. Manual de informações socioeconômicas. Rio Branco: Prefeitura Municipal; 2004. p. 26.
18. Secretaria de Planejamento do Estado do Acre. Departamento de Estatística e Informações. Anuário estatístico do Estado do Acre. Rio Branco: Gov. Est. Acre; 2000.
19. Santos SCM. Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: desafios impostos pela dinâmica da composição extra-preço [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
20. Romano R, Bernardo PJB. Padrões de regulação de preços do mercado de medicamentos: experiência brasileira dos anos 90 e novos arranjos institucionais. In: Negri B, Giovanni G. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp; 2001. p. 445-464.
21. Temporão JG. A Propaganda de medicamentos e o mito da saúde [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1984.
22. American College of Physicians. Health and Public Policy Committee. Improving medical education in therapeutics. Annals of Internal Medicine 1988;108:145-147.
23. Associação Brasileira de Indústrias de Medicamentos Genéricos. Pró Genéricos [informações na Internet]. São Paulo: Associação [acessado 2005 jan.]. Disponível em: <http://www.progenericos.org.br>
24. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF no 349, de 20 de janeiro de 2000. Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 jan. 2000. Seção 1.
25. Oca MBM, Tirado JAS. Medicamentos genéricos versus originaes. Psiquiatria Biológica 2000;8:61-63.
26. Storpirtis S, Oliveira PG, Rodrigues D, Maranhão D. Considerações biofarmacotécnicas relevantes na fabricação de medicamentos genéricos: fatores que afetam a dissolução e a absorção de fármacos. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas 1999;35:1-16.

www
.saude
.gov
.br
/svs



Leia em voz alta para não esquecer!

A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde

Building Surveillance and Prevention for Chronic Non Communicable Diseases in the National Unified Health System

Deborah Carvalho Malta

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

Otaliba Libânio de Morais Neto

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF
Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO

Antônio Carlos Cezário

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF

Jarbas Barbosa da Silva Junior

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF

Lenildo de Moura

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF

Resumo

O Brasil, ao seguir a tendência mundial, tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 60, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de patologias, como um aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Visando responder a esse quadro desafiador, o Ministério da Saúde organizou a vigilância de DCNT. O presente artigo realiza uma revisão e descrição das principais ações na implantação do sistema nacional de vigilância e prevenção de DCNT. As principais ações estratégicas colocadas em prática foram: organização de área específica na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); indução de ações de vigilância de DANT em Secretarias de Estado e Municipais de Saúde; definição de indicadores de monitoramento dessas ações na Programação Pactuada Integrada (PPI) de vigilância em saúde; capacitação de recursos humanos; realização de inquérito para conhecer a prevalência de fatores de risco em 15 capitais e no Distrito Federal em 2003, estabelecendo uma linha de base para o monitoramento; definição de indicadores padronizados para monitoramento das doenças e fatores de risco e proteção; *advocacy* junto a gestores de saúde com o propósito de recomendar as ações para DANT como uma prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS); apoio a pesquisas para ampliar o conhecimento do problema e definir estratégias para sua condução; e realização de seminário nacional para a pactuação da agenda de prioridades da área.

Palavras-chave: vigilância de doenças crônicas não transmissíveis; doenças transmissíveis; fatores de risco e proteção.

Summary

Brazil, following the world's trend, has been going through processes of demographic, epidemiological and nutritional transitions since the sixties, causing changes in the patterns of pathologic emergences, as a meaningful increase in the prevalence of chronic non-transmitted diseases (DCNT). Aiming to give a response to this challenge scene, the Brazilian Ministry of Health organized the DCNT surveillance. This article accomplishes a revision of the main actions implanting the national system of surveillance and prevention of DCNT. The main strategies put on action were: organizing an specific area in the Ministry of Health's Surveillance Secretariat, the Non-Transmitted Diseases and Aggravations General Coordination (DANT); DANT surveillance induction in State and Municipality Health Secretariats, definition of monitoring indicators of these actions for the Integrated Programmed Pactuation (PPI) of health surveillance; human resource training; realization of inquiry to know the prevalence of risk factors in 15 State Capitals, and the Federal Capital, in 2003; establishing a base line to monitoring; definition of standard indicators to monitoring diseases and risk factors; advocacy along health management, showing the DCNT like a priority subject for the National Unified Health System (SUS); support for researchs to broaden the knowledge of the problem, and define strategies to conduce them; and realization of a national seminar for pactuation of the agenda of priorities in this area.

Key Words: *chronic non-transmitted diseases surveillance; non-transmitted diseases; risk factors.*

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 1º Andar, Sala 142, Brasília-DF. CEP: 70058-900
Email: deborah.malta@saude.gov.br

Introdução

A partir das últimas quatro décadas do século passado, seguindo tendência mundial, têm-se observado, no Brasil, processos de transição que produziram, e ainda produzem, importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. A chamada Transição Demográfica, um desses processos, resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. A Transição Epidemiológica, um segundo processo verificado, redundou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um “modelo polarizado de transição.”¹ Tal modelo de transição apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por DCNT e a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas. A Transição Epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores. A Transição Nutricional, por fim, advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna.

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. O desafio do financiamento das ações é um deles. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Para toda a sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfretamento das “novas epidemias”, causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demandem significativos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável. O presente artigo realiza o diagnóstico epidemiológico das DCNT e apresenta as principais ações que o SUS está a pôr em prática, para enfrentar esses novos

problemas de Saúde Pública. Não abordaremos, neste artigo, a situação epidemiológica dos acidentes e violências, embora também seja objeto de competência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

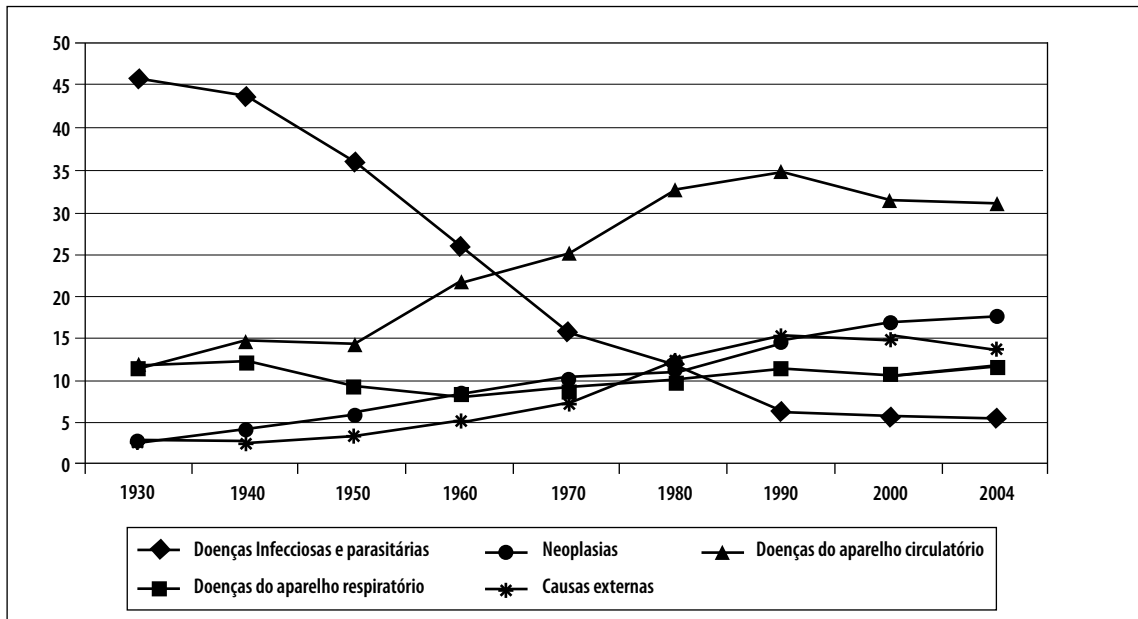
O cenário epidemiológico brasileiro

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já responderam por apenas 5% dessas mortes, aproximadamente.² As doenças cardiovasculares, contudo, se representavam somente 12% das mortes na década de 30, são, atualmente, suas principais causas em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço de nossos óbitos. Em segundo lugar, estão os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências (Figura 1).

Diversos fatores impulsionaram essa mudança no padrão de mortalidade, inclusive a própria mudança demográfica do País. Houve redução da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida ao nascer. A pirâmide populacional brasileira em 1980, típica de países em desenvolvimento, tem sua base alargada (Figura 2) e representa uma população jovem com queda bastante rápida na fecundidade, de 4,4 para 2,3 filhos por mulher. A pirâmide populacional do ano 2000 possui um achatamento da base e um alargamento dos estratos intermediários, devidos à redução proporcional da mortalidade infantil e ao crescimento da população de idosos.

Cada ano que passa acrescenta 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, responsáveis por uma demanda importante para o sistema de saúde. Em um país como o Brasil, de diferenças de nível macrorregional importantes, a Região Norte ainda preserva as características de uma população jovem, enquanto a Região Sul é marcada por um processo típico de transição demográfica (Figura 2).

A esperança de vida ao nascer tem aumentado, de forma progressiva. Em 1980, encontrava-se no patamar de 62,6 anos e, para o ano de 2003, estima-se que será de 71,3 anos – com diferenciais entre classes sociais, macrorregiões e Estados.³



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade, 1930 a 1970; Radis 1930 a 1970

Figura 1 - Mortalidade proporcional segundo causas, para capitais de Estados. Brasil, 1930 a 2004

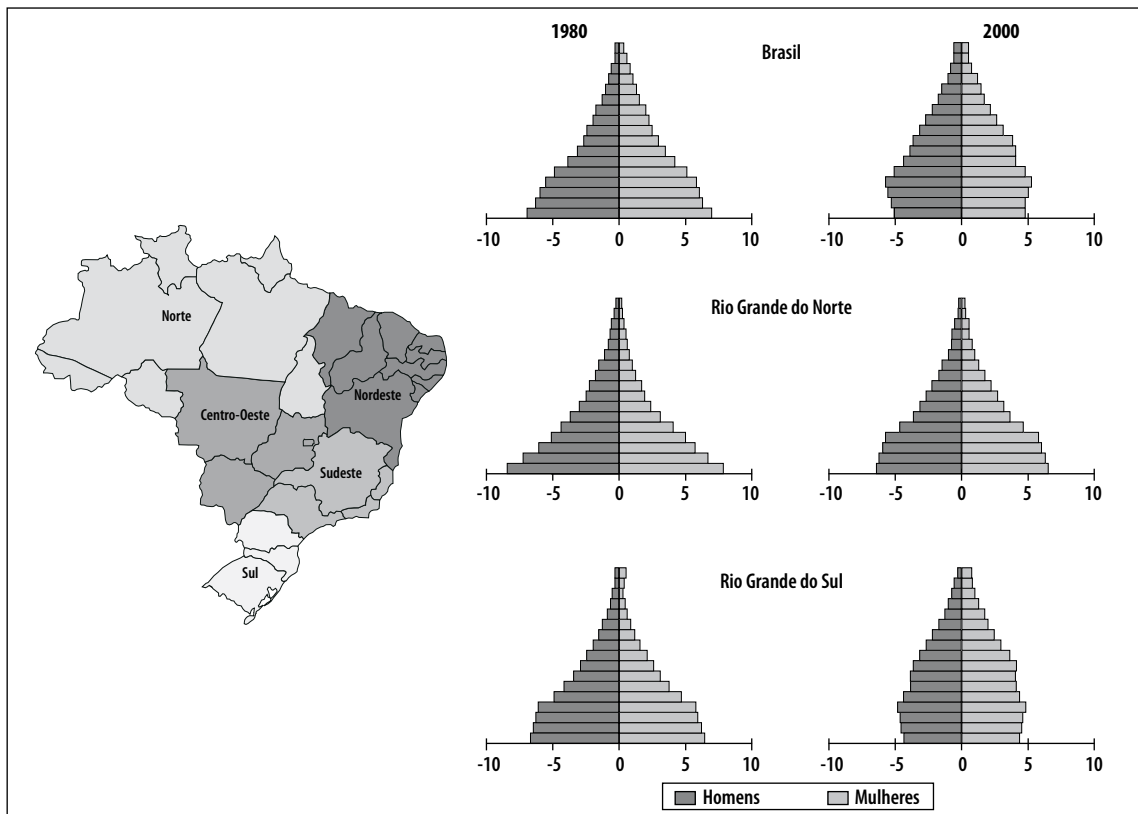


Figura 2 - Transição demográfica. Brasil, 1980 e 2000

O Brasil apresenta, em suas cinco macrorregiões – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste –, uma heterogeneidade demográfica e socioeconômica bastante grande, que se reflete em distintos padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT. Seu enfrentamento, tanto na prevenção quanto na atenção às pessoas já acometidas, exige respostas diferenciadas por parte dos gestores estaduais e municipais, adequadas à realidade encontrada em cada caso.

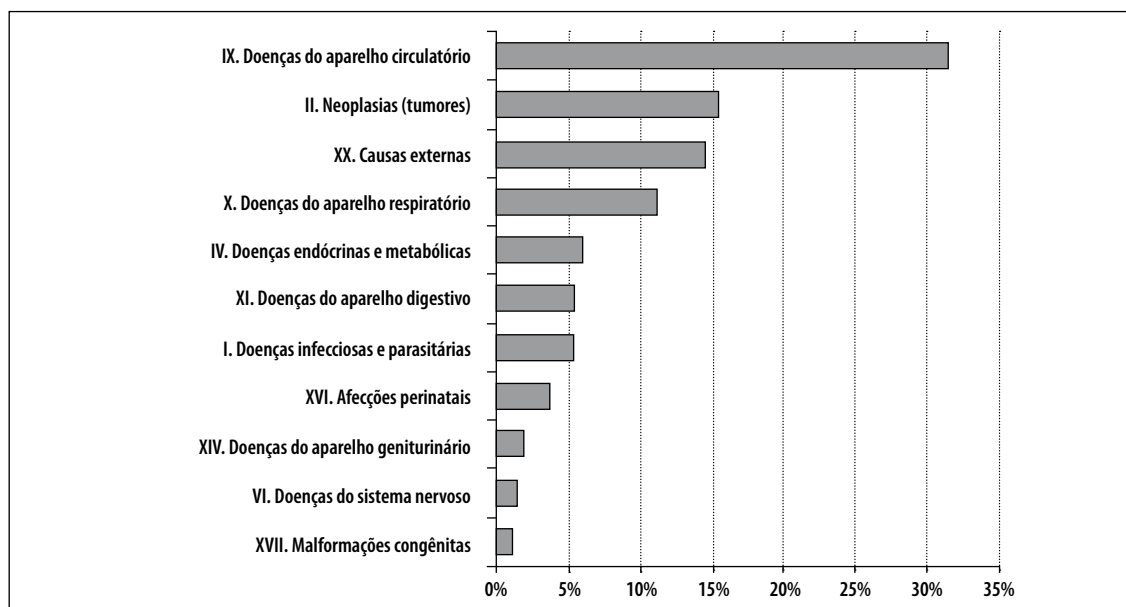
A magnitude de parte das DCNT pode ser avaliada pelas doenças cardiovasculares, responsáveis por 31% do total de óbitos por causas conhecidas (Figura 3). As neoplasias representam a segunda causa de óbitos, cerca de 15% desses registros em 2003. As estimativas para o ano de 2005 indicam que ocorrerão 467.440 casos novos de câncer ao ano.⁴ Segundo projeções do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (Inca/MS), os tipos de câncer com maior incidência, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e de mama e de colo do útero, no sexo feminino, o que coincide com a tendência observada no mundo.⁴

As figuras 4, 5 e 6 apresentam a evolução das taxas de mortalidade padronizadas (a partir da população do País em 2000) por acidente vascular cerebral

(AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e diabetes, respectivamente, no período de 1996 a 2003. No caso de AVC, observa-se declínio lento e gradual das taxas do Brasil e Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Na Região Nordeste, observa-se tendência discreta de aumento dessas taxas. Sobre IAM, a taxa geral para o País manteve-se estável, com diminuição nas Regiões Sul e Sudeste e aumento nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste. E para diabetes, as taxas de mortalidade encontram-se em movimento ascendente, em todas as macrorregiões e, por conseguinte, no Brasil.

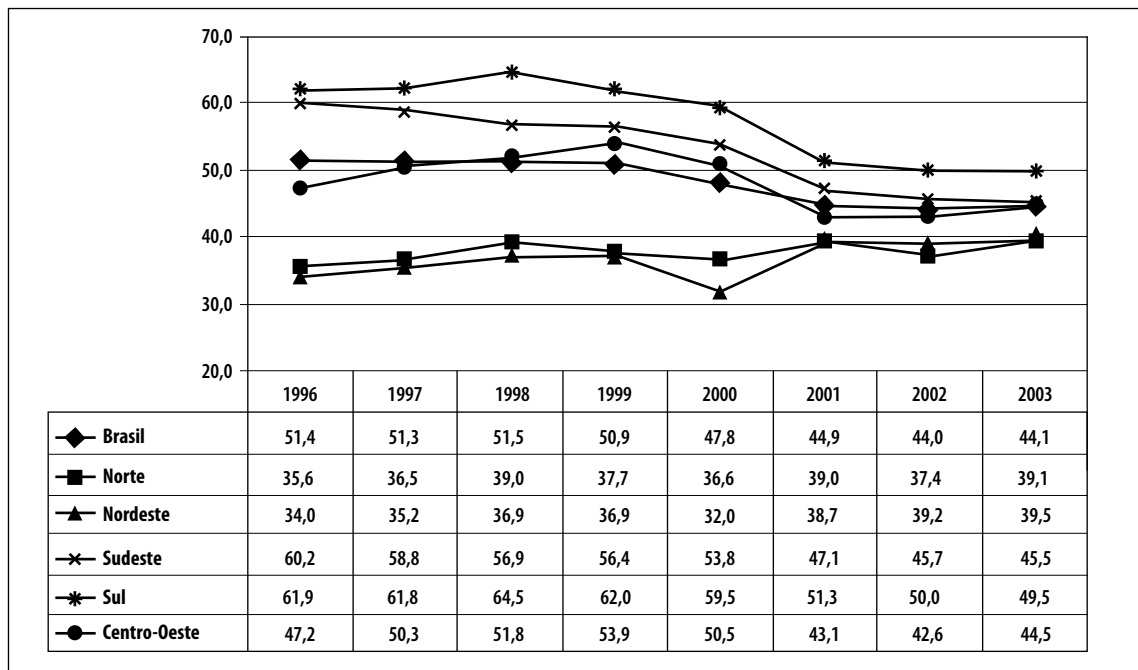
A carga de DCNT no Brasil

No ano de 2002, o Ministério da Saúde financiou a elaboração do primeiro estudo de carga de doença, com o propósito de desenhar um retrato mais preciso do peso decorrente das doenças mais prevalentes no País. A Tabela 1 mostra os resultados gerais desse estudo: as doenças não transmissíveis são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59,0%) [*years of life lost* (YLL)], por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) [*years lived with disability* (YLD)] e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3%) [*disability adjusted life of years* (DALY)].⁵



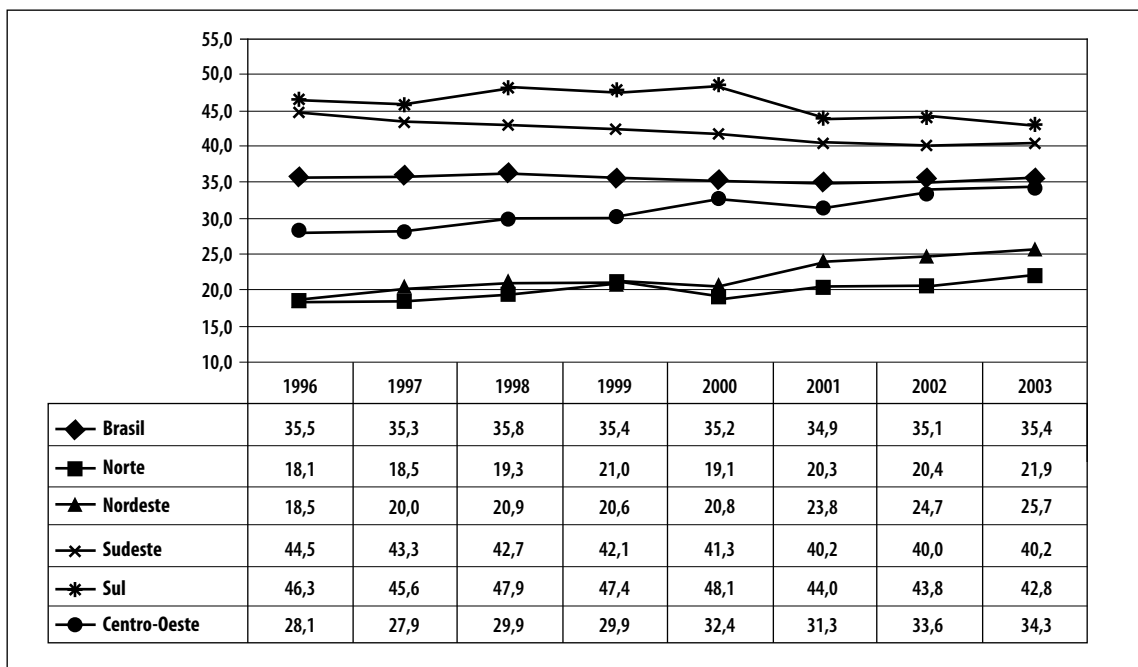
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 3 - Mortalidade proporcional segundo causas selecionadas. Brasil, 2003



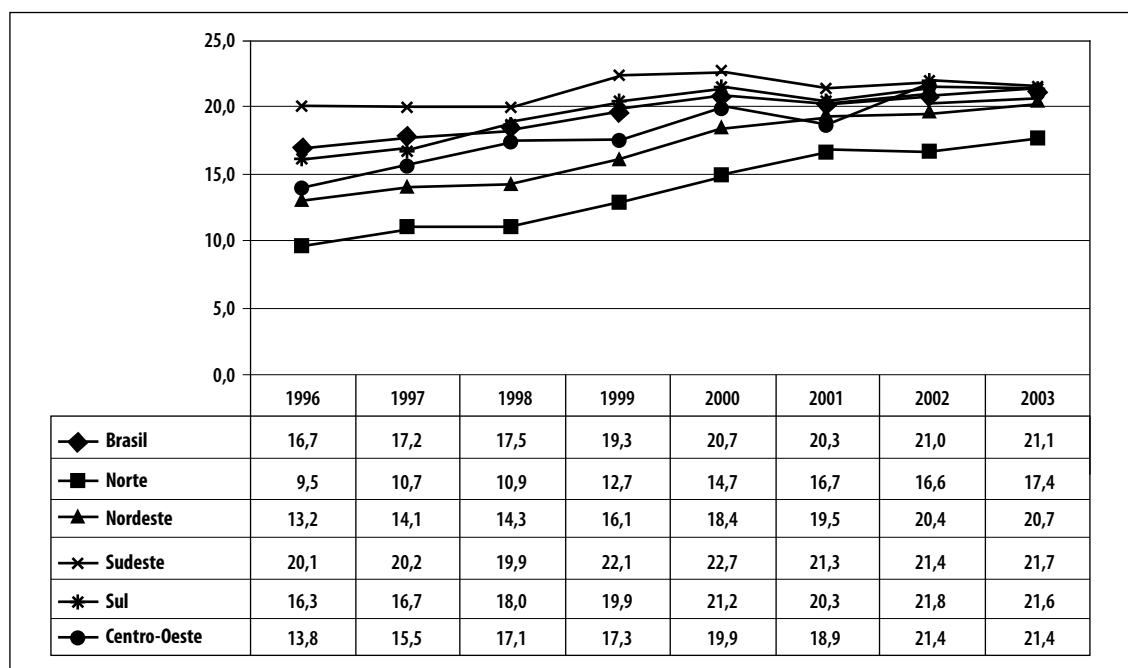
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 4 - Taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral (AVC) (por 100.000 habitantes) segundo macrorregiões. Brasil, 1996 a 2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, CGIAE/Dasis; e Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 5 - Taxa de mortalidade padronizada por infarto agudo do miocárdio (por 100.000 habitantes) segundo macrorregiões. Brasil, 1996 a 2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, CGIAE/Dasis; e Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 6 - Taxa de mortalidade padronizada por diabetes (por 100.000 habitantes) segundo macrorregiões. Brasil, 1996 a 2003

Tabela 1 - Distribuição proporcional de YLL^a, YLD^b e DALY^c em ambos os sexos segundo causas. Brasil, 1998

Causas	YLL (%)	YLD (%)	DALY (%)
Doenças infecciosas e parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais	26,0	19,8	23,5
Doenças não transmissíveis	59,0	74,7	66,3
Causas externas não intencionais e intencionais	15,0	55,0	10,2

Fonte: Schramm e colaboradores⁵

a) YLL – years of life lost – anos de vida perdidos;

b) YLD – years lived with disability – anos de vida vividos com incapacidade; e

c) DALY – disability adjusted life of years – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

Os gastos com DCNT

Por serem doenças, geralmente, de longa duração, as DCNT são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados Custos Diretos, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais. A Tabela 2

apresenta estimativas desses gastos pelo Ministério da Saúde – cerca de R\$3,8 bilhões em gastos ambulatoriais e R\$3,7 bilhões em gastos com internação – que totalizam aproximados R\$7,5 bilhões/ano em gastos com DCNT.⁶ Ressalte-se que, ademais desses custos, os gestores estaduais e municipais deverão aportar recursos de sua responsabilidade e contraparte na prevenção e controle dessas doenças, aqui não conta-

**Tabela 2 - Estimativas de gastos do Ministério da Saúde com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).
Brasil, 2002**

Gastos SUS	R\$	%	R\$/hab
Estimativas de gastos ambulatoriais	3.824.175.399,40	35,0	22,2
Gastos com internações	3.738.515.448,92	34,2	21,7
TOTAL de gastos com DCNT	7.562.690.848,32	69,1	44,0
Total de gastos ambulatoriais e hospitalares	10.938.741.553,89	100,0	63,6

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

bilizados. Dos chamados Custos Indiretos, decorrentes do absenteísmo, das aposentadorias precoces e da perda de produtividade, o Brasil ainda não dispõe de estudos que possam quantificá-los.

Prevalência dos fatores de risco

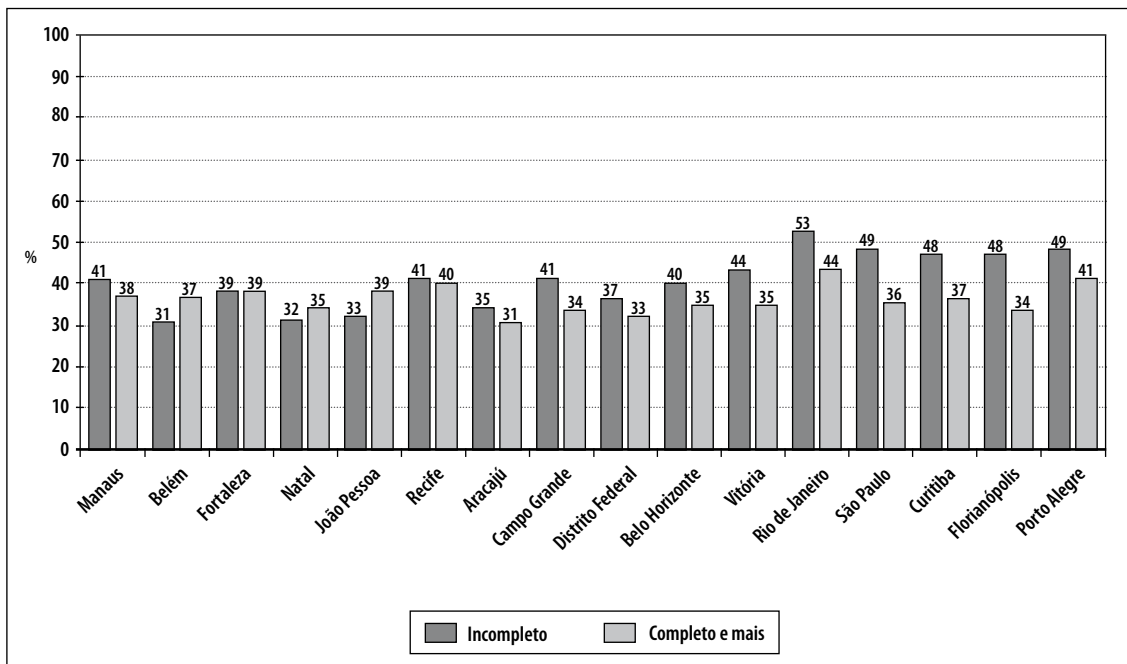
O monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental [dieta, sedentarismo, dependência química (de tabaco, álcool e outras drogas)], cujas evidências científicas de associação com doenças crônicas estejam comprovadas, é uma das ações mais importantes da vigilância; sobre essas evidências observadas, podem-se implementar ações preventivas de maior poder custo-efetivo. No ano 2000, o Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/Funasa), sucedido pela atual Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), iniciou, em parceria com o Inca/MS, o planejamento do primeiro inquérito nacional para fatores de risco de DCNT. Concluído em 2004, esse inquérito teve seus resultados publicados e, como consequência, o estabelecimento de uma linha de base para monitoramento dos fatores de risco em nível nacional.⁷ A necessidade de adequação orçamentária limitou a abrangência do inquérito a 16 das 27 capitais de Estados, escolhidas em todas as macrorregiões do País: Região Norte – Manaus e Belém; Região Nordeste – Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife e Aracaju; Região Sudeste – Vitória, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo; Região Sul – Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre; e Região

Centro-Oeste – Campo Grande e Brasília. Foram entrevistadas 23.457 pessoas de 15 e mais anos de idade. O processo de mobilização e participação em sua execução motivou equipes a se engajarem na estruturação da vigilância das doenças e agravos não transmissíveis em seus Estados.

A seguir, são apresentadas prevalências percentuais encontradas para alguns dos fatores de risco pesquisados. Os resultados estão disponíveis por cidade, segundo o nível de escolaridade, divididos em duas categorias: ensino fundamental (até oito anos de estudo) incompleto; e ensino fundamental completo ou mais anos de escolaridade. Optou-se pela variável escolaridade porque, além de espelhar o nível educacional, associa-se à renda,⁷ de forma indireta; trata-se, portanto, de uma medida indireta da prevalência de DCNT nos estratos sociais de menor renda.

Excesso de peso

A Figura 7 mostra a prevalência de excesso de peso [índice de massa corporal (IMC) > 25 kg/m²], a partir das medidas de peso e altura relatadas pelos entrevistados. Nas capitais das Regiões Sudeste (Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo), Sul (Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre), Centro-Oeste (Campo Grande e Distrito Federal), Nordeste (Recife e Aracaju) e Norte (Manaus), observou-se maior prevalência no grupo de menor escolaridade. Em Belém (Norte), Natal e João Pessoa (Nordeste), contrariamente, a maior prevalência de excesso de peso foi encontrada na população de maior escolaridade. Apenas em Fortaleza, Região Nordeste, as prevalências foram iguais entre os dois grupos.



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 7 - Prevalência de excesso de peso na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade. Brasil, 2002-2003

Consumo de tabaco

O tabagismo é mais frequente entre homens de todas as capitais. A menor proporção desse consumo por homens foi encontrada em Aracaju (16,9%), Região Nordeste; e a maior, em Porto Alegre (28,1%), Região Sul. Para as mulheres, a menor e a maior prevalência de fumantes foram identificadas, também, nessas mesmas capitais: Aracaju (10,0%) e Porto Alegre (22,9%) (dados não apresentados).

A Figura 8 distribui as prevalências de tabagismo por nível de escolaridade. Em relação à escolaridade, a proporção de fumantes sempre foi maior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto), em todas as capitais. A razão de prevalências entre indivíduos com menor e maior escolaridade é da ordem de 2: ou seja, há cerca de dois fumantes com baixa escolaridade para um fumante com maior escolaridade.

Prevalência auto-referida de hipertensão arterial e de diabetes

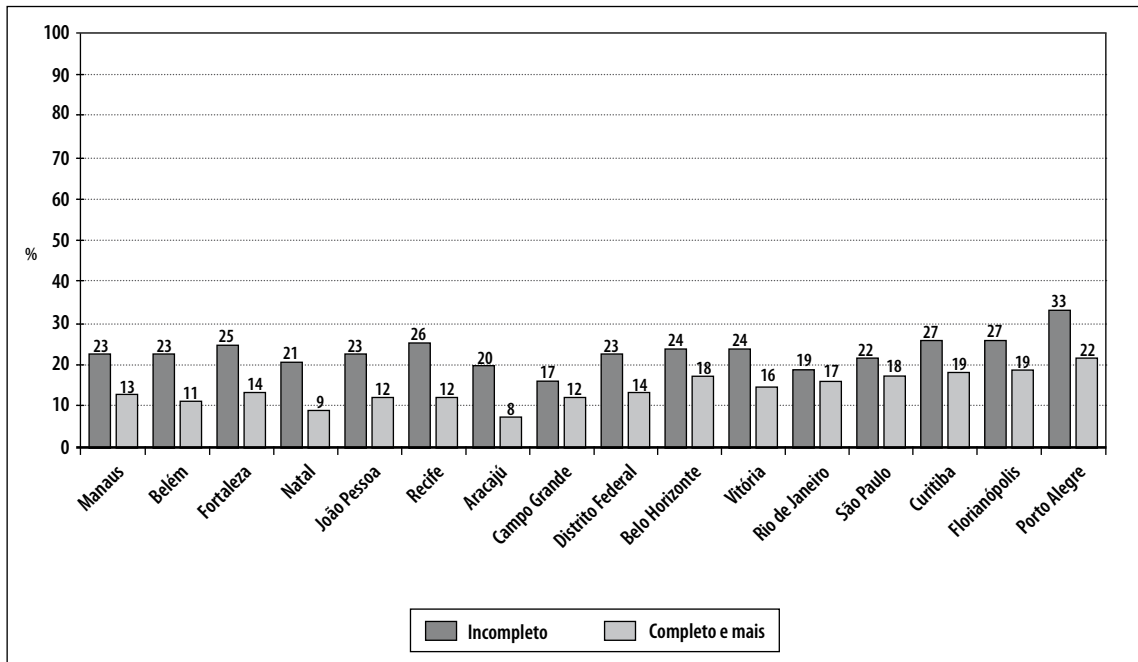
As Figuras 9 e 10 apresentam, respectivamente, os resultados encontrados para a prevalência de hiper-

tensão arterial e de diabetes, a partir de informação auto-relatada pelos entrevistados. Em todas as cidades, a proporção de indivíduos que declararam serem portadores de hipertensão é maior entre aqueles de menor escolaridade, variando de 25% em Belém a 45,8% em Porto Alegre.

No caso de diabetes, a situação repete-se; é maior, significativamente, o percentual de indivíduos que relataram serem portadores de diabetes entre aqueles de menor escolaridade, variando de 7 a 17%, enquanto aqueles de maior escolaridade auto-referiram essa prevalência entre 3 e 6% (Figura 10).

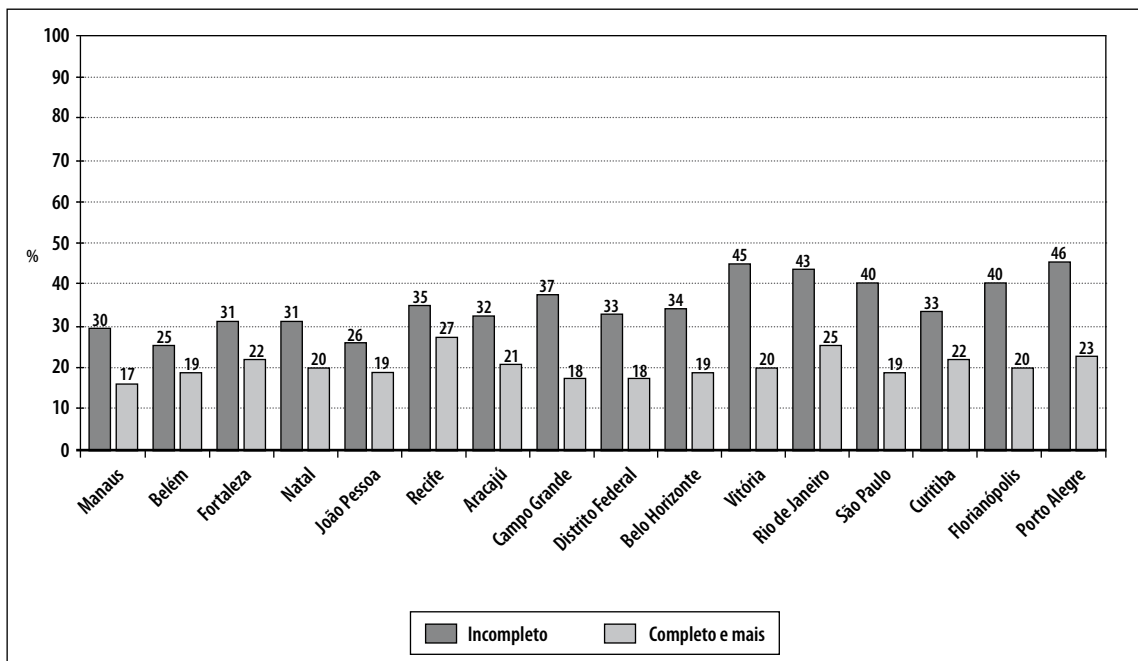
Sedentarismo

O instrumento utilizado para determinar a prevalência de inatividade física leva em consideração as atividades físicas realizadas no momento de lazer, na ocupação, no meio de locomoção e no trabalho doméstico. O presente estudo considerou a prevalência de inatividade física segundo grau de escolaridade, apresentada na Figura 11. Os percentuais referem-se a indivíduos **irregularmente ativos** (A – os que atingem ao menos um dos critérios da recomenda-



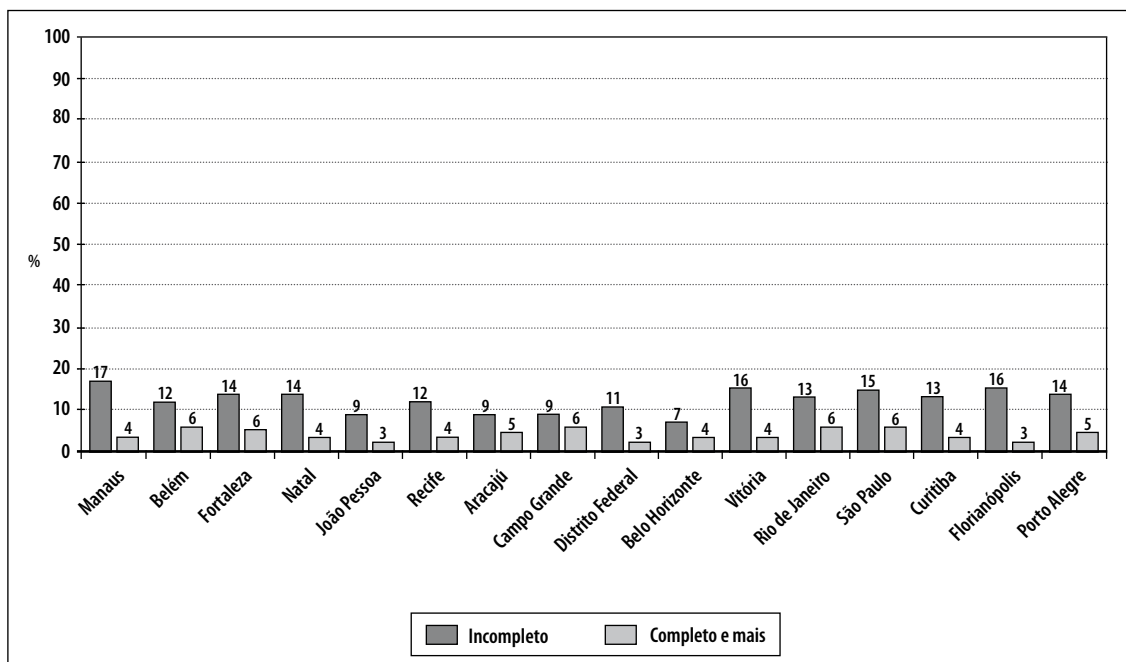
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 8 - Percentual de fumantes regulares de cigarros na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em anos recentes. Brasil, 2002-2003



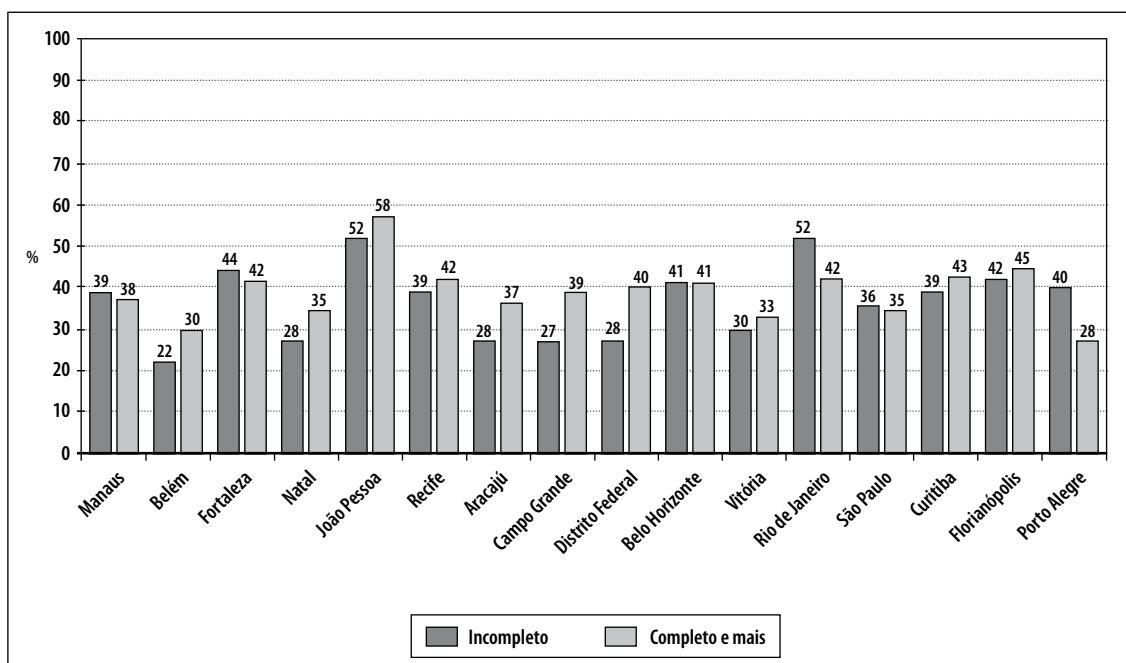
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 9 - Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão na população de estudo de 25 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2002-2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 10 - Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de diabetes na população de estudo de 25 ou mais, por escolaridade. Brasil, 2002-2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 11 - Percentual de indivíduos insuficientemente ativos, na população de estudo de 15 a 69 anos, por escolaridade. Brasil, 2002-2003

ção, quais sejam, frequência de atividade física de cinco dias na semana ou duração de atividade física de 150 minutos por semana; e B – aqueles que não atingiram um desses critérios da recomendação, seja de frequência ou de duração) e a indivíduos **sedentários** (aqueles que não realizam atividade física ao menos dez minutos contínuos por semana). Segundo a metodologia adotada por esta pesquisa, ambos, irregularmente ativos e sedentários, constituem o grupo dos **insuficientemente ativos**. Não se observa um padrão uniforme para a prática de atividade física nas capitais estudadas, em relação à escolaridade. A capital com maior prevalência de inatividade física foi João Pessoa 58% (indivíduos de maior escolaridade), seguida do Rio de Janeiro 52% (indivíduos de menor escolaridade).

Dieta

Em relação à dieta, o inquérito pesquisou os tipos de alimentos consumidos. Utilizou-se de perguntas validadas em outros inquéritos já realizados no Brasil, por instituições acadêmicas; ou por outros países, adaptadas à realidade brasileira. As perguntas tratavam de consumo de frutas, legumes e verduras (FL&V) e gorduras animais. Em todas as Regiões, observou-se um consumo de frutas, legumes e verduras sempre inferior entre pessoas de menor escolaridade, ainda que se apresentasse baixo, de maneira geral, para todos os níveis de escolaridade. O consumo de FL&V recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de cinco porções ao dia (equivalente a 400 gramas/dia), foi identificado em menos de 3% da população das capitais pesquisadas; cerca de 50% dessa população ingere apenas uma a três porções ao dia. As capitais com menor consumo de FL&V foram as da Região Norte (Manaus e Belém). Os alimentos de origem animal ricos em gorduras (gordura visível da carne; frango com pele; e leite integral) são mais consumidos pela população de menor escolaridade (dados não apresentados).

Ações realizadas pelo Ministério da Saúde para estruturação da vigilância de DCNT

Diante desse quadro epidemiológico, o Ministério da Saúde assumiu, como prioridade, a estruturação de um sistema de vigilância específico para essas doenças

em função de suas peculiaridades e possibilidades existentes de prevenção e controle. A partir de 2000, no antigo Genepi/Funasa, iniciaram-se ações pela estruturação dessa área, consolidadas na criação da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)/SVS/MS, em 2003. Sua principal missão consistia na criação e implantação da vigilância de DANT em todas as esferas do sistema de saúde.

Iniciativas semelhantes de vigilância dessas doenças já ocorriam em alguns Estados, como Goiás e São Paulo. No Ministério da Saúde, outrossim, o Inca executava ações de vigilância, controle e prevenção do câncer, centradas, principalmente, em sistemas de registros para estimativas de morbidade da doença; e em programas específicos, entre os quais destaca-se o Programa de Controle do Tabagismo e programas para abordagem de neoplasias passíveis de prevenção por diagnóstico precoce – câncer de colo uterino e de mama.

A realização do III Fórum Global da OMS para Prevenção e Controle de DCNT na cidade do Rio de Janeiro, em novembro de 2003, potencializou o processo de construção dessa vigilância. O evento foi importante não só para sensibilizar quanto à oportunidade, como também para promover a capacitação técnica dos gestores das Secretarias de Estado da Saúde na vigilância de DCNT.

No Plano Nacional da Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil, da atual gestão do Ministério da Saúde, foi definido que: “*O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam, o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física.*”⁸

Em 2004, outros marcos foram estabelecidos: em novembro daquele ano, a integração da área de prevenção de violências da SAS à CGDANT; e em dezembro, igual integração, agora das ações de promoção da saúde, de competência da Secretaria Executiva do Ministério.⁹

No ano de 2004, foram realizados três fóruns regionais de vigilância de DANT, nas Regiões Norte e Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, respectivamente, aos quais acudiram técnicos de vigilância epidemiológica de todas as Secretarias de Estado e de Secretarias Municipais de Saúde de Capitais. Esses fóruns serviram

ao debate dos principais temas da área, dos avanços obtidos, das dificuldades e desafios para implementação dessa vigilância.

Em setembro de 2005, realizou-se o I Seminário Nacional de DANT e Promoção da Saúde, com a participação de gestores estaduais e municipais, quando foi pactuada a Agenda Nacional de DCNT, pautada em quatro eixos de ação. O três primeiros, focados na diminuição do hábito de fumar, no fomento à alimentação saudável e em práticas de atividade física, foram (a) a consolidação da estrutura do sistema de vigilância, no aperfeiçoamento e na ampliação das atividades de monitoramento das doenças e de seus fatores de risco e proteção, tanto para a população geral quanto para grupos populacionais mais vulneráveis, (b) o fortalecimento da gestão do sistema de vigilância, na sensibilização dos gestores de saúde e na capacitação de pessoas na vigilância de DANT, e (c) o desencadeamento de intervenções e fortalecimento de parcerias intersetoriais para prevenção de DANT e promoção da saúde. O quarto eixo da agenda (d) constituía o desenvolvimento de estudos, pesquisas e análise de DANT, mediante parcerias com universidades (enquanto centros colaboradores) e avaliação de efetividade das intervenções propostas.

Vigilância de DANT

A vigilância das DANT reúne um conjunto de ações que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças. Fontes secundárias de informações e um monitoramento contínuo dos fatores de risco, ao identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, devem subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e controle dessas doenças.

A vigilância de DANT estrutura-se em equipe técnica estável, acesso a bancos de dados, monitoramento com indicadores definidos, vigilância dos serviços e do impacto nos custos e agenda de trabalho estratégica.

O monitoramento das DANT pressupõe o fluxo sistemático de dados secundários e primários. As prin-

cipais fontes de dados são os sistemas de informação de morbimortalidade do SUS e inquéritos de saúde periódicos e especiais.

O processo de estruturação de um sistema de vigilância, controle e prevenção de DCNT no Brasil, além de sua indução em Estados e Municípios, implica investimentos na capacitação de recursos humanos, estruturação de bases de dados para o monitoramento das ações e avaliação dessas ações, pesquisas e parcerias com centros colaboradores, dedicados ao ensino e à pesquisa. Assim, cursos de curta ou longa duração, especializados na formação e capacitação de recursos humanos em DANT destinados a atender a demanda da clientela de técnicos de Estados e Municípios, já foram aprovados e se encontram em fase de contratação das instituições de ensino e pesquisa responsáveis por sua organização e realização.

A CGDANT/SVS/MS procurou estabelecer, em nível nacional, uma estratégia sustentável, centrada nas seguintes ações: a) monitoramento das doenças; b) vigilância integrada dos fatores de risco e proteção; c) indução de ações de prevenção e controle e de promoção da saúde; e d) monitoramento e avaliação das intervenções. A Figura 12 sintetiza a estratégia para a vigilância de DANT no Brasil.

A estruturação da vigilância de DANT implica: a) equipe técnica mínima composta de pessoas capacitadas em vigilância de DANT, estável, porque vigilância de DANT pressupõe acompanhamentos por tempo prolongado; b) acesso garantido aos bancos de dados de mortalidade e morbidade e a outros disponíveis, que subsidiem a vigilância; c) monitoramento das principais DANT, com indicadores definidos; d) vigilância de fatores de risco estruturada; e) vigilância da utilização dos serviços de saúde, que aponte os impactos nos custos diretos – ao sistema de saúde – e indiretos – sociais e econômicos – da epidemia de DANT para a sociedade; e e) agenda de trabalho estratégica para as atividades de sensibilização e defesa (*advocacy*) intra e extra-setorial, que atenda a necessidade de priorização das ações de prevenção de DANT e de promoção da saúde, demonstrando que esse investimento é essencial.

Monitorar, de forma contínua, a morbimortalidade das DANT é uma atividade fundamental do sistema de vigilância. Ela deve ser executada em todos os níveis gestores do sistema, do municipal ao nacional. A partir dos indicadores pactuados nos fóruns regionais de

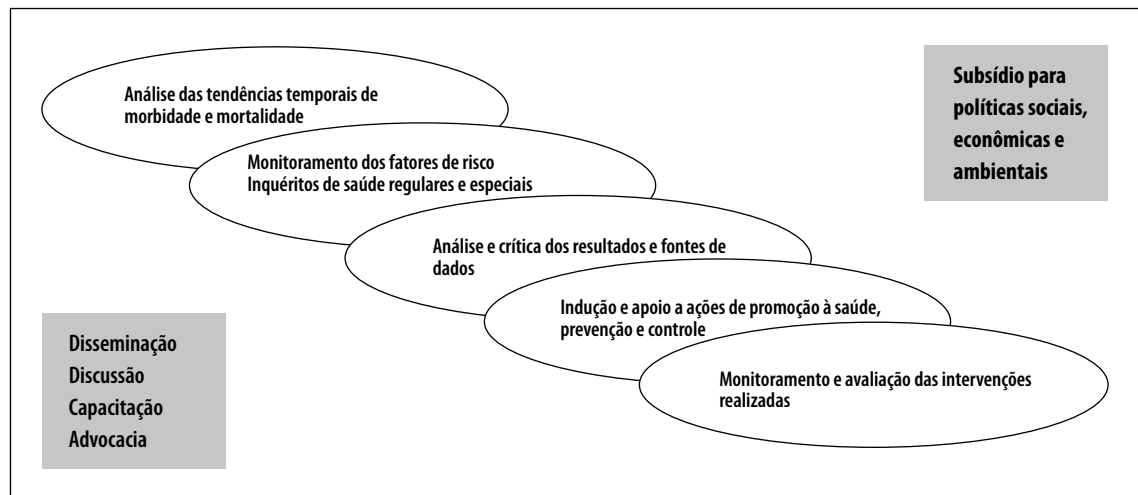


Figura 12 - Estratégia para vigilância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil

2004, Estados e capitais produziram um primeiro relatório com a descrição das respectivas taxas de mortalidade e de morbidade para DANT, um avanço no sentido do diagnóstico local.

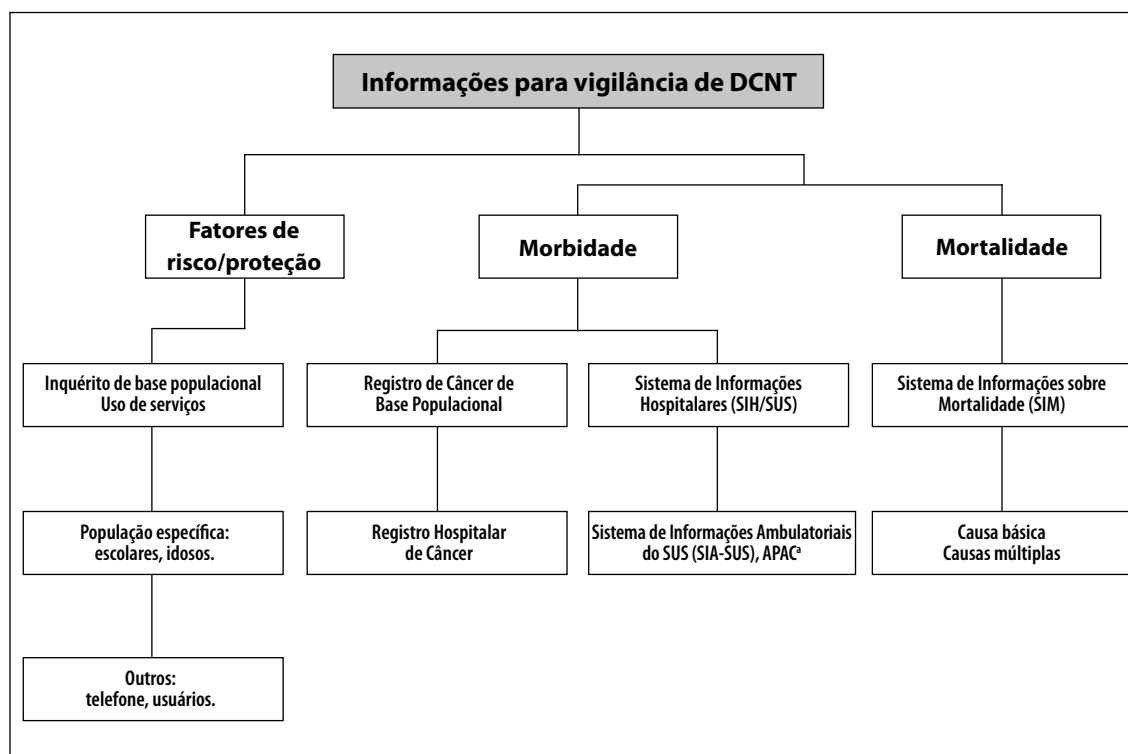
Como fontes de dados para vigilância da mortalidade, o País dispõe do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) consolidado e descentralizado, que permite a todos os Municípios o acesso aos bancos de dados e ao cálculo das taxas de mortalidade.

Para estudos da morbidade, o SUS dispõe de sistemas administrativos que gerenciam diversas modalidades assistenciais, em que é possível obter informações sobre as doenças que motivaram procura pelo serviço. O mais importante deles, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), é responsável pelo gerenciamento das internações realizadas no conjunto da rede hospitalar conveniada ao SUS, ou seja, 70% do movimento hospitalar do País, aproximadamente.¹⁰ Mesmo que não abranjam a totalidade das internações, os dados do SIH/SUS permitem, de forma indireta, conhecer o comportamento temporal da ocorrência das DANT em nível nacional. O sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) registra a realização de procedimentos ambulatoriais de diagnóstico e terapias de alta complexidade. O País dispõe, ainda, dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), implantados em 19 cidades; e dos Registros Hospitalares de Câncer, coordenados pelo Instituto Nacional do Câncer/MS, que não só dispõem de informações sobre a ocorrência de casos

de câncer como subsidiam a produção de estimativas futuras de incidência das diferentes formas de manifestações da doença.

Além do Inquérito Nacional de Fatores de Risco, realizado em 16 capitais no ano de 2003, graças à parceria da SVS/MS com o Inca/MS, encontra-se em fase de implantação o sistema de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e protetores entre escolares, abordado neste artigo. Em 2006, iniciar-se-á coleta de dados de fatores de risco utilizando-se linhas telefônicas, que possibilitará o monitoramento contínuo e rápido dos fatores de risco para DCNT em todas as capitais brasileiras. Além desses inquéritos, pesquisas de natureza populacional, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE), possibilitam a obtenção de outras informações importantes para a vigilância, como as de doenças auto-referidas, acesso a serviços, satisfação quanto ao uso dos serviços, planos de saúde, entre outros. A Figura 13 resume as principais fontes de informações para vigilância de DCNT disponíveis no País.

Também foram pactuados diversos indicadores e metodologias de monitoramento para Estados e Municípios de capitais. Os indicadores de mortalidade referem-se a: mortalidade proporcional por DCNT; taxa de mortalidade por DCNT; e taxa de mortalidade por causas específicas [AVC, IAM, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)]. Os indicadores de morbidade, por sua vez, referem-se a: proporção de in-



a) APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

Figura 13 - Diagrama dos sistemas de informações para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil

ternações por DCNT; taxa de internações SUS/habitante (10.000) por DCNT; proporção de internações por causas específicas (AVC, IAM, diabetes, DPOC); taxas de internações por eventos específicos; indicadores de prevalência de fatores de risco nas capitais (tabagismo, sedentarismo, consumo de FL&V); e outros. Também foram pactuados indicadores de acidentes e violências, não detalhados neste trabalho.

Essas fontes de informações possibilitam o monitoramento continuado da ocorrência da DCNT, de tal forma que os responsáveis pela vigilância podem prover os tomadores de decisão de subsídios para elaboração de programas de prevenção.

Vigilância dos fatores de risco e proteção

Essa é a atividade principal a ser implementada e sustentada pelo sistema de vigilância. Por meio de inquéritos de saúde de diversos formatos, o Brasil vem constituindo bases de dados que permitirão o monitoramento contínuo dos fatores de risco e proteção para DCNT. A proposta que o País implementa combina

grandes inquéritos de fatores de risco de abrangência nacional com inquéritos locais que possam apreender a diversidade de realidades dos Municípios.

Também são realizados inquéritos com metodologias mais simples e rápidas, aplicados em grupos particularmente vulneráveis, como escolares e idosos, para orientar ou reorientar políticas específicas de redução de fatores de risco nesses grupos. O inquérito para fatores de risco realizado entre 2002 e 2003 constituiu a linha de base estabelecida para o monitoramento dos fatores de risco. Prevê-se que ele seja realizado a cada cinco anos.

Atualmente, encontra-se em fase de implementação o sistema de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e protetores entre escolares. Para o primeiro semestre de 2006, está programada a realização da I Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE), que investigará escolares de 13 a 15 anos, matriculados na 7ª série do ensino fundamental, sobre os fatores de risco e de proteção à saúde na população adolescente. A amostra abrangerá escolas públicas e privadas das

27 capitais e uma população-alvo estimada de 72.000 alunos. Um questionário auto-aplicado contemplará os seguintes módulos temáticos: características sociodemográficas; alimentação; atividade física; tabagismo; consumo de álcool e outras drogas; imagem corporal; saúde bucal; comportamento sexual; violências e rede de proteção; e medidas antropométricas. Paralelamente, serão avaliadas as cantinas escolares das unidades amostradas. Essa pesquisa será o primeiro produto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para o estabelecimento de programas para prevenção de DCNT e promoção da saúde no ambiente escolar. Por se tratar de um grupo populacional reconhecido pela sua vulnerabilidade, em que as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde representam um investimento vital, propõe-se que essa pesquisa se repita a cada dois anos, para avaliar o impacto dessas ações amiúde.

Ainda no campo da investigação de fatores de risco no Brasil, está em andamento uma experiência de pesquisa das prevalências de fatores de risco por entrevistas telefônicas. Essa iniciativa foi elaborada e conduzida por uma instituição de pesquisa acadêmica [Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP)].¹¹ Sua metodologia de pesquisa está sendo avaliada com vistas à sua implementação no âmbito do SUS. Também são objeto de apoio do Governo Federal as iniciativas e inquéritos locais para monitoramento de fatores de risco e protetores, como os inquéritos em capitais, a exemplo de São Luís e Palmas em 2005.

Além desses inquéritos específicos, o País tem ampliado sobremaneira as pesquisas epidemiológicas nos ambientes acadêmicos. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, tem financiado os chamados Centros Colaboradores – instituições de ensino e pesquisa – no desenvolvimento de estudos e tecnologias de suporte à vigilância e prevenção de DCNT.

Indução de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DANT

A indução de ações de prevenção de DANT e de promoção da saúde constitui uma das principais atividades da área de vigilância. A partir do monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de

risco, da ocorrência dessas doenças na população e do impacto econômico e social que elas provocam, é possível construir uma forte argumentação sobre a necessidade de se prevenir DANT. Dispor informações, argumentar e persuadir os legisladores e tomadores de decisão sobre a relevância da prevenção de DANT representa um investimento, indiscutivelmente, custo-efetivo. Ademais, é preciso convencer outros setores, especialmente aqueles “produtores” de fatores de risco com os quais as DANT estão relacionadas, sobre a possibilidade de desenvolvimento e aplicação de tecnologias produtivas mais saudáveis, principalmente na produção de alimentos. O desenvolvimento de parcerias intersetoriais é outra tarefa de fundamental importância para o manejo dos fatores de risco. No Brasil, para potencializar as ações do sistema de vigilância de DANT, o Ministério da Saúde, recentemente, integrou a esse sistema a coordenação nacional das ações de promoção da saúde. Desde a adesão do Brasil às diretrizes da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física, proposta pela OMS, a política ministerial tem articulado objetos de ação comuns à vigilância de DANT e à promoção da saúde.

Monitoramento e avaliação das intervenções

O acompanhamento, o desenvolvimento e a avaliação das intervenções propostas constituem componente principal das atividades da vigilância de DCNT. Eles permitem a retroalimentação dos programas e projetos e a readequação de suas atividades de prevenção e promoção da saúde.

A partir de proposição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério de Saúde do Canadá coordena o Observatório de Políticas de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (DCNT), juntamente com o Brasil e a Costa Rica. Esse projeto tem por objetivo inicial a realização de um estudo de caso para avaliar e comparar formulações de políticas e processos de implementação em três países participantes da rede CARMEN, ou Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis, iniciativa da OPAS/OMS.¹² No Brasil, o foco da investigação consistirá de um estudo da implementação da Política de Alimentação e Nutrição (PNAN) e das políticas para enfrentamento do tabagismo, hipertensão/diabetes, atividade física e

vigilância de DCNT. Os estudos desse observatório já estão em desenvolvimento e seus primeiros resultados deverão ser divulgados ainda em 2006.

Como integrante da rede CARMEN, o Brasil é responsável pela elaboração de um guia metodológico para avaliação de ações de vigilância, prevenção e controle das DCNT, bem como da iniciativa CARMEN nas Américas, tarefas em andamento.

Projetos demonstrativos de vigilância e condução de DCNT – O Projeto Mega-Country e a iniciativa CARMEN

Desde o início da estruturação do sistema de vigilância de DCNT, o Ministério da Saúde tem estimulado a implementação de modelos demonstrativos de prevenção das DCNT, propostos pelos organismos internacionais de saúde. Em 2002, foi iniciada a implementação de um projeto de vigilância epidemiológica em um Município de pequeno porte, Quirinópolis, localizado no Estado de Goiás. Financiada com recursos da OMS, o projeto Mega-Country, assim denominado, tem como base metodológica a abordagem Stepwise Approach, adaptada às condições locais. Sua implementação cumpriu os três passos preconizados – aplicação de questionário, tomada de medidas físicas e exames laboratoriais para fatores de risco em DCNT – e, para tanto, contou com ampla mobilização e participação comunitária, sob coordenação do gestor local de saúde. Outra característica desse projeto é sua integração com o Programa Saúde da Família, esta importante estratégia de organização da atenção básica à saúde no SUS.

A Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde na defesa do bem-estar físico, mental e social de sujeitos e coletividades, pautada em ações intersetoriais articuladas, promotoras de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

A rede CARMEN, apoiada pela OPAS, baseia-se na implementação de áreas de demonstração onde são desenvolvidos projetos de prevenção integrada de

fatores de risco para doenças não transmissíveis, com ênfase na participação comunitária e nas parcerias intersetoriais. A partir de um diagnóstico inicial da prevalência dos fatores de riscos, são desenvolvidos projetos de prevenção e controle de DCNT e de promoção da saúde.¹² A iniciativa é conduzida em Municípios brasileiros desde 1998, com destaque para Goiânia, capital do Estado de Goiás, e a região de Marília, no interior do Estado de São Paulo, ambos Municípios dedicados à execução de ações de vigilância e intervenções com o objetivo de reduzir a morbidade e a exposição aos fatores de risco.

Promoção da saúde e vigilância de DANT

O surgimento no cenário mundial dos primeiros ensaios de Lalonde, apresentando as bases conceituais que subsidiariam as discussões da 1ª Conferência Mundial pela Promoção da Saúde, coincidiu com o reconhecimento de que as enfermidades não transmissíveis representavam o principal problema de Saúde Pública para a maioria dos países, com tendência crescente; e de que os modelos de enfrentamento adotados pelos sistemas de saúde, centrados na atenção médica quase que exclusiva, não tinham perspectivas de equacioná-lo de forma custo-efetiva.

A Carta de Ottawa (1986) sintetizou o resultado das discussões da citada conferência. A promoção da saúde, então, foi definida como vinculada ao bem-estar físico, mental e social dos sujeitos e coletividades. As ações de promoção da saúde envolvem atuação intersetorial pactuada e visam ao desencadeamento de ações articuladas, em comunidades e grupos populacionais específicos, com o objetivo de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. A Figura 14 mostra a articulação entre a promoção da saúde e a vigilância de DANT, suas interfaces, articulações e parcerias.¹³ A vigilância em DANT deverá, portanto, agir no âmbito interno do setor Saúde, na articulação da prevenção de DANT e na promoção da saúde; no âmbito externo, estabelecerá parcerias com demais setores da administração pública (Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Trabalho, Indústria e Comércio, entre outros), empresas e organizações não governamentais, para induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução na ocorrência dessas doenças.

O conjunto das ações propostas tem como princípios norteadores: a redução das desigualdades regionais e locais, que dificultam o acesso a ambientes, práticas

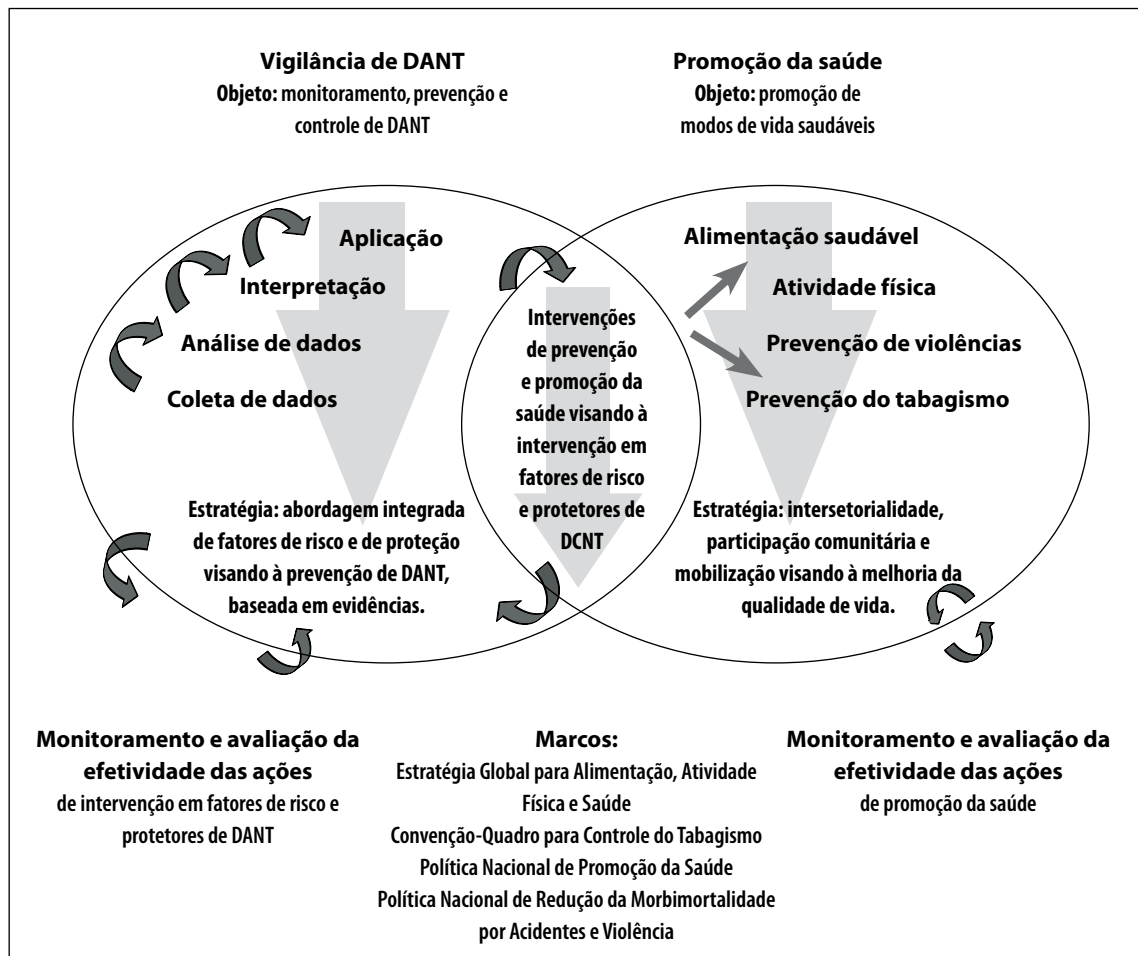


Figura 14 - Articulação entre promoção da saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT)

e oportunidades de viver saudáveis; e a promoção da autonomia de sujeitos e coletividades na conquista do direito à saúde e à qualidade de vida.

A aprovação da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, foi extremamente oportuna no sentido de potencializar o trabalho de vigilância de DANT e promoção da saúde no Brasil.¹⁴ Os argumentos de defesa e as recomendações da Estratégia Global para o enfrentamento da epidemia de DCNT ampliaram a capacidade do Ministério da Saúde defender junto ao Governo Brasileiro a necessidade de implementar ações para contê-la.

Diante da complexidade e emergência do problema, o Ministério da Saúde estabeleceu, como uma de suas prioridades para o ano de 2005, a implementação de políticas de ação promotoras de modos de viver sau-

dáveis, enfatizando as diretrizes da Estratégia Global e a prevenção do tabagismo. Como resultado desse movimento, aprovaram-se recursos, junto à Comissão Intergestora Tripartite, para apoio a Estados e Municípios na implementação dessas ações.

Conclusões e desafios

As doenças e os agravos não transmissíveis (DANT) são responsáveis por uma parcela significativa – e crescente – na carga de doenças no Brasil. Cerca de dois terços da carga de doenças no País não são transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e outras) ou são provocadas por fatores externos (acidente e violências).¹⁵ A mudança do perfil epidemiológico brasileiro, com maior carga de doenças e agravos não transmissíveis, é consequên-

cia da urbanização, de melhorias nos cuidados com a saúde, de mudanças de estilo de vida e da globalização. A maior parte dessa carga de doenças não é (conforme já se apregoo) o “resultado inevitável” do modelo de sociedade contemporâneo; trata-se de um mal a ser prevenido, geralmente a baixo custo.

As DANT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos, os quais podem ser modificados. A urgência em deter o crescimento das DANT no País justifica a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças, assentadas sobre seus principais fatores de risco modificáveis, quais sejam: tabagismo; inatividade física; alimentação inadequada; obesidade; dislipidemia; e consumo de álcool.

A aprovação e implementação da Estratégia Global para Alimentação, e Atividade Física e Saúde e a ratificação e implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo, da OMS, reforçam a decisão, já tomada, de prevenção integrada das DANT.

Experiências exitosas de intervenções de Saúde Pública na reversão e/ou mudanças positivas nas tendências de morbimortalidade por doenças cardiovasculares em diversos países mostram que a vigilância de DANT e ações integradas são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde da população.

A Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tem a responsabilidade de coordenar e formular, em nível nacional, as atividades de vigilância epidemiológica das DANT e promoção da saúde, fomentando sua implementação nos níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde, SUS.⁹

Segundo a OMS, ainda que responsáveis pela maioria das mortes, as doenças e agravos não transmissíveis permanecem negligenciados, não contemplados na agenda das prioridades dos governos em todo o mundo. Por exemplo, as Metas de Desenvolvimento do Milênio não as incluíram, diferentemente da consideração reservada pelo documento a outras

doenças transmissíveis, que respondem por menor número de fatalidades, como a malária e a infecção pelo HIV/aids.¹⁶ No Brasil, a realidade é igual. É mister ampliar a divulgação, a advocacia e a sensibilização dos gestores do SUS sobre o problema, de tal forma que a vigilância e controle de DANT adquira caráter de prioridade.

O estabelecimento de parcerias entre os vários órgãos do governo, não só internas à área da Saúde como, principalmente, entre diversos setores governamentais e não governamentais, também é imprescindível. Inúmeras ações de promoção da saúde, que dependem de decisões externas a cada setor, já motivaram diversas ações e parcerias em curso, com órgãos formadores e instituições de pesquisa, cuja missão é institucionalizar a vigilância de DANT, investir na capacitação continuada dos técnicos encarregados e aprofundar a avaliação da efetividade dessas ações no âmbito do SUS. Estudos já demonstraram a eficácia de ações preventivas e de promoção da saúde na redução dos fatores de risco e da mortalidade por DANT.

É possível retroalimentar o sistema, corrigir e adotar novas ações e ajudar a derrubar o mito de que as DANT não são passíveis de prevenção. Grandes desafios se apresentam aos responsáveis pela condução da prevenção de DANT no Brasil. Em resposta a eles, primeiramente, está a decisão política do Sistema Único de Saúde de priorizar a vigilância e a prevenção; em segundo lugar, a disposição e determinação de conhecer o modo de manifestação dessa epidemia na população; para tanto, a ferramenta epidemiológica é de extrema necessidade.

Os primeiros passos já foram dados. Porém, muito investimento há que ser feito para obter o melhor retrato possível da epidemia de doenças e agravos não transmissíveis no Brasil.

Agradecimentos

A Sandhi Maria Barreto, Elisabeth Carmen Duarte e Adriana Miranda Castro.

Referências bibliográficas

1. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS 1992;1:5-16.
2. Barbosa JB, et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
3. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade 2003 [dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [acessado em 2005, para informações de 2003]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: Inca [acessado em 2005, para informações de 2005]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/>
5. Schramm JMA, et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2004;9(4):897-908.
6. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
7. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Vigilância em Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde – 2004-2007. Brasília: MS; 2004b.
9. Brasil. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 10 jun. 2003. Seção 1.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. RIPSA. Fontes de Informação: indicadores básicos para a saúde no Brasil – conceitos e aplicações. Brasília: OPAS; 2002.
11. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, Bernal R, Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por meio de entrevistas telefônicas: métodos e resultados no Município de São Paulo. Revista de Saúde Pública 39. No prelo 2005.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. CARMEN – Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis. Brasília: OPAS; 2003.
13. Secretaria de Vigilância em Saúde. Articulação da promoção da saúde e vigilância de DANT. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2005.

I Normas para publicação

Introdução

A Epidemiologia e Serviços de Saúde é uma publicação trimestral de caráter técnico-científico, prioritariamente destinada aos profissionais dos serviços de saúde. Editada pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDEP/SVS), do Ministério da Saúde, tem a missão de difundir o conhecimento epidemiológico visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nela, também são divulgadas portarias, regimentos e resoluções do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de controle.

Modelos de trabalhos

A revista recebe trabalhos candidatos a publicação nas seguintes modalidades: (1) Artigos originais nas seguintes linhas temáticas: avaliação de situação de saúde; estudos etiológicos; avaliação epidemiológica de serviços; programas e tecnologias; e avaliação da vigilância epidemiológica (número máximo de 20 laudas); (2) Artigos de revisão crítica sobre tema relevante para a Saúde Pública ou de atualização em um tema controverso ou emergente (número máximo de 30 laudas); (3) Ensaio, interpretações formais, sistematizadas, bem desenvolvidas e concludentes de dados e conceitos sobre assuntos de domínio público, ainda pouco explorados (número máximo de 15 laudas); (4) Relatórios de reuniões ou oficinas de trabalho realizadas para discutir temas relevantes à Saúde Pública – suas conclusões e recomendações (número máximo de 25 laudas); (5) Comentários ou artigos de opinião curtos, abordando temas específicos; e (6) Notas prévias; e (7) Republicação de textos considerados relevantes para os serviços de saúde, originalmente publicados por outras fontes.

Apresentação dos trabalhos

Cada trabalho proposto para publicação deverá ser elaborado tendo por referência os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos [Epidemiologia e Serviços de Saúde

2006;15(1):7-34, disponíveis nas páginas eletrônicas da Secretaria de Vigilância em Saúde (www.saude.gov.br/svs/pub/pub00.htm) e do Instituto Evandro Chagas (IEC) de Belém-PA, vinculado à SVS/MS (www.iec.pa.gov.br na coluna Periódicos, *link* Pesquisa de títulos)]. O trabalho apresentado deve estar anexado a uma carta de apresentação dirigida ao Corpo Editorial da Epidemiologia e Serviços de Saúde. Para artigos originais, artigos de revisão e comentários, os autores responsabilizar-se-ão pela veracidade e ineditismo do trabalho apresentado. Na carta de encaminhamento, deverá constar que: a) o manuscrito ou trabalho semelhante não foi publicado, parcial ou integralmente, nem submetido a publicação em outros periódicos; b) nenhum autor tem associação comercial que possa configurar conflito de interesses com o manuscrito; e c) todos os autores participaram na elaboração do seu conteúdo intelectual – desenho e execução do projeto, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica, e aprovação da versão final. A carta deverá ser assinada por todos os autores do manuscrito.

Formato de um trabalho para publicação

O trabalho deverá ser digitado em português do Brasil, em espaço duplo, fonte Times New Roman tamanho 12, no formato RTF (Rich Text Format); impresso em folha-padrão A4 com margens de 3cm; e remetido em uma cópia impressa e gravação magnética (CD-Rom, disquete), por correio exclusivamente. Tabelas, organogramas e fluxogramas deverão ser elaborados em programas do Microsoft Office (Word ou Excel); e figuras (gráficos, mapas, fotografias) poderão ser elaboradas nos formatos EPS (Encapsulated PostScript), BMP (Bitmap/Windows) ou TIFF (Tag Image File Format), no modo de cor CMYK. Todas as páginas deverão ser numeradas, inclusive as das tabelas e figuras. Não serão aceitas notas de texto de pé de página. Cada trabalho deverá ser enviado com: PÁGINA DE ROSTO – título completo e resumido, nome dos autores e instituições por extenso, rodapé –; RESUMO e SUMMARY (versão do RESUMO em inglês); e finalmente, o ARTIGO completo – INTRODUÇÃO; METODOLOGIA, RESULTADOS, DISCUSSÃO, AGRADECIMENTOS, RE-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS e TABELAS/FIGURAS anexas –, nesta ordem:

Página de rosto

A página de rosto é composta do título do artigo – em português e inglês, em letras maiúsculas – seguido do nome completo do(s) autor(es) e da(s) instituição(ões) a que pertence(m), em letras minúsculas. É fundamental a indicação do título resumido, para referência no cabeçalho das páginas da publicação. No rodapé, constam o endereço completo, telefone, fax e e-mail de pelo menos o autor principal, para contato, e do órgão financiador da pesquisa.

Resumo

Colocado no início do texto, redigido em português e com um número máximo de 150 palavras, o resumo deve conter descrição sucinta a clara do objetivo, metodologia, resultados e conclusão do artigo. Após o resumo, o autor deve listar três ou quatro palavras-chave de acesso, contempladas na lista de Descritores de Saúde definida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (Bireme/OPAS).

Summary

Corresponde à tradução em inglês do RESUMO, seguido pelas palavras-chave, igualmente em inglês (*Key words*). Os artigos originais, na sua estrutura, devem respeitar a seguinte seqüência, além dos tópicos já descritos:

Introdução

Apresentação do problema, justificativa e objetivo do estudo.

Metodologia

Descrição precisa da metodologia adotada e, quando necessário, dos procedimentos analíticos utilizados. Considerações éticas do estudo devem ser mencionadas ao final deste apartado, com menção às comissões éticas que aprovaram o projeto original – desde que o fato seja pertinente ao artigo.

Resultados

Exposição dos resultados alcançados, podendo considerar – anexas ao artigo – tabelas e figuras auto-explicativas, se necessárias (ver o item TABELAS e FIGURAS).

Discussão

Relação dos resultados observados, incluindo suas implicações e limitações, e a sua comparação com outros estudos relevantes para o tema e objetivos do estudo.

Agradecimentos

Em havendo, devem-se limitar ao mínimo indispensável, localizando-se após a DISCUSSÃO.

Referências bibliográficas

Listadas após a DISCUSSÃO ou AGRADECIMENTOS e numeradas em algarismos arábicos, na mesma ordem de citação no artigo. O número de cada referência deve corresponder ao número sobrescrito (sem parênteses) imediatamente após a respectiva citação no texto. Títulos de periódicos, livros e editoras devem ser colocados por extenso. A quantidade de citações bibliográficas deve-se limitar a 30, preferencialmente. Artigos de revisão sistemática e metanálise não têm limite de citações. As referências também devem obedecer aos “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos”. Exemplos:

Anais de congresso:

1. Wunsch Filho V, Setimi MM, Carmo JC. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1992; Porto Alegre, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Artigos de periódicos:

2. Monteiro GTR, Koifman RJ, Koifman S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. II. Validação do câncer de estômago como causa básica dos atestados de óbito no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1997;13:53-65.

Autoria institucional:

3. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Livros:

4. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical Epidemiology. 2a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

Livros, capítulos de:

5. Opromolla DV. Hanseníase. In: Meira DA, Clínica de doenças tropicais e infecciosas. 1a ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1991. p. 227-250.

Material não publicado:

6. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. New England Journal of Medicine. No prelo 1996.

Portarias e Leis:

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 212, de 11 de maio de 1999. Altera a AIH e inclui o campo IH. Diário Oficial da União, Brasília, p.61, 12 maio. 1999. Seção 1.

8. Brasil. Lei n. 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da União, Brasília, p.165, 7 jan. 1997. Seção 1.

Referências eletrônicas:

9. Ministério da Saúde. Informações de saúde [acessado durante o ano de 2002, para informações de 1995 a 2001] [Monografia na Internet] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
10. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerging Infectious Diseases [Serial on the Internet]; 1(1): 24 telas [acessado em 5 Jun. 1996, para informações de Jan.-Mar.1995]. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Teses:

11. Waldman EA. Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

Tabelas e figuras

Dispostas em folhas separadas – para cada uma –, numeradas em algarismos arábicos e agrupadas, ao final da apresentação do artigo, segundo a sua ordem de citação no texto. As tabelas e figuras devem apresentar título conciso e, se possível, evitar o uso de abreviaturas no seu conteúdo; quando estas forem indispensáveis, serão traduzidas em legendas ao pé da própria tabela.

Siglas

Acrônimos com até três letras são escritos com todas as letras maiúsculas (Ex: DOU; USP; OMS). Ao serem mencionados por primeira vez, os acrônimos desconhecidos são escritos por extenso, seguidos da sigla entre parênteses. As siglas e abreviaturas compostas exclusivamente por consoantes são escritas em maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais são escritas com todas as letras maiúsculas se cada uma de suas letras é pronunciada separadamente (Ex: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais que formam uma palavra, ou seja, que incluem vogais e consoantes, são escritas apenas com a inicial maiúscula (Ex: Sebrae; Camex; Funasa). Siglas que incluem letras maiúsculas e minúsculas originalmente,

como forma de diferenciação, são escritas como foram criadas (Ex: MTb; CNPq; UnB). Para siglas estrangeiras, recomenda-se a designação correspondente em português, se a forma traduzida é largamente aceita; ou a sua utilização na forma original, se não há correspondência em português, ainda que o nome por extenso em português não corresponda à sigla. (Ex: OIT = Organização Internacional do Trabalho; UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; MRPII = Manufacturing Resource Planning). Entretanto, algumas siglas, por força da sua divulgação nos meios de comunicação, acabam por assumir um sentido além da representação da sigla; é o caso, por exemplo, de AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sobre a qual o Conselho Nacional de Aids, do Ministério da Saúde, decidiu recomendar, dada a vulgarização da sigla original, que os documentos do Ministério reproduzam-na como se tratasse do nome da doença, aids, em letras minúsculas, portanto. (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)

Análise e aceitação dos trabalhos

Os trabalhos serão submetidos à revisão de pelo menos dois pareceristas externos (revisão por pares). E serão aceitos para publicação desde que, também, sejam aprovados pelo Comitê Editorial da Epidemiologia e Serviços de Saúde. Endereço para correspondência:

Coordenação-Geral de

Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP

Epidemiologia e Serviços de Saúde:

revista do Sistema Único de Saúde do Brasil

Endereço: SEPN, Avenida W3 Norte, Quadra 511, Asa Norte

Edifício Bittar IV, Bloco C, 3º andar

CEP: 70750-543 Brasília - DF

Telefones: (61) 3448-8302 / 3448-8242

Telefax: (61) 3448-8303

Para se comunicar por *e-mail* com a editora da Epidemiologia e Serviços de Saúde, o leitor deve escrever para revista.svs@saude.gov.br

artigos neste número

» Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde

Rosângela Minardi Mitre Cotta, Márcia Schott, Catarina Machado Azeredo, Sílvia do Carmo Castro Franceschini, Sílvia Eloísa Priore e Glauce Dias

» Prevalência de diarreia na população do Distrito Docente-Assistencial do Tucumã, Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, em 2003

Raquel Rangel Cesario e José Tavares-Neto

» Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003

Daniela Maria dos Santos, Luciana dos Santos Dubeux, Paulo Germano de Frias, Lygia Cármen de Moraes Vanderlei e Suely Arruda Vidal

» Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil

Marta Adelino da Silva Faria e José Tavares-Neto

» A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde

Deborah Carvalho Malta, Antônio Carlos Cezário, Lenildo de Moura, Otaliba Libânio de Moraes Neto e Jarbas Barbosa da Silva Junior

Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde