281/CT

22MAI78 005764

PROGRAMA DE ESTUDOS E PESQUISAS POPULACIONAIS

E EPIDEMIOLÓGICAS - PEPPE

1º Relatório Parcial das atividade realizadas

no período 01 de março 1977- 31 março 1978

CONVÊNIO 281/CT

FINEP - FIOCRUZ

Rio de Janeiro, abril de 1978

281/ct
v. 18

616

22MAI78 005764

PROTOCOLO

C O N T E Ú D O

INTRODUÇÃO

PROJETO PEPPE 00 - APOIO TÉCNICO E ADMINISTRATIVO

PROJETO PEPPE 01 - NÚCLEO CIENTÍFICO CENTRAL

ÁREA 10.0 - APOIO AO ENSINO NA ENSP

ÁREA 20.0 - ESTUDOS PRIORITÁRIOS

ÁREA 30.0 - ESTUDOS CONJUNTURAIS

ANEXO 1 - PEPPE - NOVO PLANO DE AÇÃO

ANEXO 2 - PROJETO DE IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADAS À SAÚDE (CEPAS)

ANEXO 3 - NOVOS PROJETOS SUBMETIDOS A FINEP

22MAI78 005764

PROGRAMA DE ESTUDOS E PESQUISAS POPULACIONAIS E EPIDEMIOLÓGICOS - PEPPE

1º Relatório Parcial

INTRODUÇÃO

Consideramos como data inicial deste relatório o mês de novembro de 1976, quando foram enviados à FINEP os projetos PEPPE 00 e 01 e o Programa de Apoio ao Ensino na Escola Nacional de Saúde Pública, incluindo aí o projeto do 1º Curso Avançado de Epidemiologia.

Entretanto, para a compreensão do processo ocorrido durante o ano de 1977 são necessárias algumas observações sobre os fatos ocorridos desde maio de 1975, quando o Secretário Geral do Ministério de Saúde solicitou da FINEP o apoio financeiro para a criação do PEPPE, até a data do início do relatório. Maiores detalhes podem ser encontrados nos relatórios parciais do PESES referentes aos anos de 1976 e 1977, este na parte referente ao Núcleo Central (PESES 01).

Após a solicitação da Secretaria Geral do Ministério da Saúde acompanhando os projetos originais do PEPPE, o parecer favorável da FINEP permitiu a abertura de um crédito de Cr$ 27.300.000,00 ao PEPPE, inclusive concedendo adiantamento à FIOCRUZ no valor de Cr$ 500.000,00.

Entretanto, o récem-designado Presidente da FIOCRUZ, Sr. Vinicius Fonseca, decidiu introduzir algumas modificações nas propostas originais submetidas a FINEP, fundamentalmente que o Programa fosse deslocado da área do então Instituto Castelo Branco para a Presidência da FIOCRUZ; que o PEPPE fosse o embrião de um Centro de Estudos e Pesquisas Aplicados à Saúde (CEPAS) e que fosse aberta uma linha externa de pesquisa, mediante repasse de recursos a pesquisadores de outras instituições.

Estas propostas foram aceitas, salientando-se porém a necessidade de elaboração de projetos específicos de acordo com as normas da FINEP, surgindo dai o Convênio 281/CT assinado em 05/11/75, com vigência de três anos.

Uma vez assinado o Convênio foram tomadas as primeiras providências no sentido de se constituir um Núcleo Central e designar uma Comissão Supervisora para cada Programa, além de um Administrador para os projetos e ceder espaço físico na ENSP para a sua instalação.

Somente em março de 1976 foram tomadas as primeiras decisões acerca do PEPPE na Presidência da FIOCRUZ com a designação do Dr. Guilardo Martins Alves, Vice-Presidente da FIOCRUZ, como Coordenador do Programa, pois durante cerca de quatro meses o PEPPE ficou retido no âmbito da Presidência para estudar e reformular a constituição da Coordenação e o conteúdo das pesquisas.

Em abril de 1976 se instalou a Comissão Supervisora do PEPPE que aprovou os projetos originais do PEPPE 00 (Infraestrutura Administrativa) e 01 (Núcleo Central), que no entanto estavam desatualizados e tiveram que ser submetidos à revisão. Os outros projetos, por não se enquadrarem dentro da nova filosofia da FIOCRUZ, não foram aprovados.

Somente em outubro de 1976 com a designação do Dr. Antonio Sergio da Silva Arouca para a Coordenação do PEPPE (conjuntamente com a do PESES), voltou a se acelerar a implementação do Programa.

Com a aprovação da Comissão Supervisora, foi traçado um novo Plano de Ação (Anexo 1) dividindo o PEPPE em quatro áreas básicas:

1. Área de Estudos Estruturais
2. Área de Estudos Conjunturais
3. Área de Docência e Ensino
4. Área de Apoio a Projetos Prioritários da FIOCRUZ

Paralelamente, existem as áreas de capacitação da infraestrutura e do Núcleo Científico Central do PEPPE.

No mês de novembro desse ano foram enviados a FINEP os projetos PEPPE 00 e 01 e o Programa de Apoio à ENSP, incluindo o projeto do 1º Curso Avançado de Epidemiologia, na época já iniciado.

A FINEP subordinou a aprovação destes projetos à apresentação de outros das áreas de pesquisa, além de não aceitar a programação financeira dos Projetos 00 e 01 por achá-los com custos muito elevados e sugeriu, por tal motivo, uma série de modificações que implicaram em uma demora de cerca de três meses para o re-encaminhamento dos mesmos.

Em fevereiro de 1977, após nova reunião da Comissão Supervisora, onde foram aprovados os orçamentos dos Projetos 00 e 01, os da área de apoio ao ensino com as modificações sugeridas pela FINEP e os projetos da área prioritária sobre Chagas e Esquistossomose, além dos projetos da área conjuntural, foram enviados ao organismo financiador os novos orçamentos dos Projetos 00 e 01 que somente foram oficialmente aprovados em 28 / 06/77. O 1º Curso Avançado, 9 meses após e já há muito terminado, não teve os recursos liberados.

Foi igualmente aprovada nesta reunião a constituição do Núcleo Central do PEPPE iniciando-se assim os trabalhos de elaboração de projetos de pesquisa, mesmo com a situação trabalhista não regularizada de alguns pesquisadores.

No mês de abril de 1977 foram encaminhados a FINEP os dois projetos da área prioritária aprovados pela Comissão Supervisora sendo no entanto aprovados somente em novembro do mesmo ano.

Por outra parte, o Núcleo Central elaborou cinco outros projetos sendo que destes, quatro foram encaminhados à Comissão Supervisora em outubro de 1977. Entretanto, estes projetos não foram analisados, uma vez que a Presidência da FIOCRUZ houve por bem não convocar a referida Comissão antes do término do PESES (31/12/77). Em janeiro de 1978 foi decidido pela Fundação que, mantendo-se as pesquisas já em andamento e respeitando-se os projetos já encaminhados à Comissão, deveria ser proposta novamente à FINEP a criação de um Centro de Estudos e Pesquisas Aplicadas à Saúde (CEPAS), semelhante ao referido no início deste documento (Vide Anexo 2). O trabalho para a organização do projeto deste Centro, sob a orientação do Presidente da FIOCRUZ, foi terminado em final de fevereiro de 1978 e encontra-se atualmente sob análise na FINEP.

Paralelamente, os cinco novos projetos (Anexo 3) foram também encaminhados a FINEP no antigo esquema do Convênio, procurando-se com isto dar andamento ao seu processo de aprovação caso a decisão a respeito do CEPAS não pudesse ser em curto prazo.

Os pesquisadores que haviam sido contratados pelo regime de Código Civil tiveram seus contratos renovados por mais dois meses (janeiro e fevereiro) para a elaboração do projeto do CEPAS.

Como conclusão a esta introdução do Relatório, pois mais detalhes poderão ser encontrados nas partes referentes aos projetos específicos já aprovados pela FINEP, é importante destacar que o PEPPE enfrentou durante o ano de 1977 dificuldades que representavam a continuação dos problemas surgidos desde a sua criação, parte deles pelas mudanças de orientação preconizadas pela Presidência da FIOCRUZ e parte por demoras nos processamentos dos projetos no âmbito administrativo da FIOCRUZ e também da própria FINEP.

Isto dificultou a criação de um clima estável, tendo ocorrido desistência nos vários projetos em virtude do surgimento de oportunidades alternativas e da instabilidade da situação dos pesquisadores convidados para integrar o PEPPE.

PROJETO PEPPE 00

APOIO TÉCNICO E ADMINISTRATIVO

PROJETO PEPPE 00 - Capacitação da Infraestrutura, Coordenação e Apoio Administrativo e Tecnológico Conjunto dos Programas PEPPE e PESES.

OBJETIVO: Operacionalizar os Programas PEPPE e PESES de forma integral.

METAS:

1. Físicas : Cobertura de despesas com a infra-estrutura física para o funcionamento dos Programas PEPPE e PESES.

2. De apoio: Organização e manutenção da estrutura de apoio administrativo e técnico aos Programas PEPPE e PESES.

1. Introdução

Este relatório compreender-se-á mais facilmente tendo-se em mente as informações já adiantadas nos 1º e 2º Relatórios do PESES quanto à instalação da infraestrutura física, administrativa e técnica comum aos dois Programas.

A idéia de contar com um Projeto separado para tais objetivos remonta à concepção original do PEPPE, um grande Programa que naquele momento (meados de 1975) não teria sido viável dentro das condições existentes no IPCB. De fato, a importância atribuida a este Projeto 00, esteve plenamente justificada por quanto as demoras ocorridas na sua reformulação e aprovação na FINEP, já transcorrida mais da metade do tempo de vigência de três anos do Convênio, junto com a própria distorção que introduziu na organização geral a indefinição do PEPPE e a dinâmica do PESES (este no início como subprograma do primeiro), significaram um acúmulo de problemas operacionais largamente explicados nos relatórios do PESES.

No entanto algumas medidas foram tomadas para atenuar a inexistência deste Projeto durante o ano de 1976:

1º Inclusão no orçamento do Núcleo Central do PESES de parte daqueles itens referentes a material permanente, de consumo e principalmente, de pessoal administrativo e técnico.

2º Acordo com a FINEP no sentido de que tais despesas seriam retroativamente assumidas pelo PEPPE 00, uma vez aprovado.

3º Dotação de espaço físico, equipamentos, móveis e outras instalações, como contrapartida da FIOCRUZ.

4º Nomeação por parte da FIOCRUZ de um Gerente Administrativo que agilizasse os contatos com o Administrador do PEPPE/PESES no âmbito da Presidência.

Tais medidas foram todas adotadas, com exceção do item 2. Com efeito, uma das causas da demora na aprovação deste Projeto 00 foi a recusa da FINEP de aprovar o orçamento do projeto em dezembro de 1976, pois incluia os valores desse ano a serem retornados ao PESES. Finalmente, em março de 1977 foi possível reencaminhar a reformulação orçamentária e, dado o tempo que a FINEP leva para aprovar os projetos, o PEPPE 00, junto com o PEPPE 01 - Núcleo Central, tiveram os seus recursos aprovados e liberados somente em julho de 1977, sendo entretanto acertado que a sua execução teria início no dia 1º de março de 1977.

A partir daí foi possível começar a cumprir com as contratações previstas no Projeto e possibilitar o pleno funcionamento do Núcleo Administrativo. Quanto ao grupo técnico previsto como apoio global, principalmente ao PEPPE (programadores, estatísticos, laboratoristas, etc), praticamente não foi preenchido por ainda não existirem os projetos de pesquisa fundamentais do Programa, tal como se explica no capítulo respectivo (Projeto 01).

Na seção correspondente a recursos humanos poder-se-á apreciar mais detalhadamente este aspecto.

I - PRODUÇÃO

1. Atividades realizadas

Do ponto de vista do funcionamento administrativo, as atividades deste Projeto têm sido constantes e ininterruptas devido, lo-

gicamente, a sua própria natureza. Para dar melhor conta do realizado, pode ser separado este setor em quatro sub-áreas às quais cou be desempenhar atividades específicas, embora teoricamente correlacionadas. O desempenho de tais sub-áreas, planejamento e orçamento; gerência administrativa; contabilidade e, supervisão do "pool" secretarial, se analisa a seguir:

1.1 - Planejamento e orçamento

A partir de janeiro de 1977 foi contratada como Assistente de Planejamento a Sra. Maria Eliana Labra, cujas atividades até junho desse ano foram descritas no 2º relatório do PESES.

Em termos gerais, as principais funções desta área estiveram estreitamente ligadas à Coordenação do PEPPE/PESES , tendo assim participado de iniciativas tais como contatos com instituições financiadoras de pesquisa e assessoria permanente na área administrativa; assessorou igualmente à coordena - ção quanto ao entrosamento com a FIOCRUZ, com a FINEP e com os próprios projetos da pesquisa.

Especialmente relevantes foram os esforços desta área no sentido de montar um esquema de acompanhamento físico-financeiro. Porém, os resultados não podem ser qualificados de satisfatórios, embora se tenha chegado a preparar guias e instruções de acompanhamento (vide 2º Relatório do PESES). Vários fatores concorreram para que ainda se esteja na fase de organização destas atividades:

a) inexistência de fluxos de informação periódica que permitissem controlar o orçado com o realmente gasto;

b) inexistência de um controle de solicitações de gastos;

c) desarticulação entre as áreas de planejamento, orçamento e contabilidade dentro dos Programas e isolamente dessas mesmas áreas na FIOCRUZ;

d) carência de suficiente ajuda humana e material para desempenhar plenamente as atividades desta área.

Esta situação está em vias de superação devido às medi

das adotadas pelo novo Assessor Técnico da Presidência no sentido de superar desvinculações entre áreas afins.

Quanto à elaboração de projetos, a esta área coube participar de pelo menos 19 projetos, tanto nos aspectos formais quanto nos orçamentários.

Adicionalmente, houve esforços no sentido de cumprir com as exigências da FINEP, a fim de manter a execução financeira dos projetos acorde com as previsões de gastos. Para tal efeito, procedeu-se ao remanejamento dos orçamentos de alguns dos projetos tanto do PESES quanto do PEPPE, na medida que foi possível obter antecipadamente as necessárias informações. Com esta observação, se coloca novamente o problema da descoordenação existente entre o controle contábil e o orçamentário já que não poucas vezes o primeiro demandou remanejamentos que na prática já eram fatos consumados.

Foi relevante o trabalho desempenhado para reprogramar financeiramente o Projeto PESES 01, com o objetivo de permitir o repasse de uma parte dos seus recursos à PUC, instituição que estava interessada em desenvolver estudos relacionados com Ciências Sociais e Saúde, através de seu Departamento de Sociologia e Política. Além disso, houve colaboração ativa na apresentação e orçamento dos próprios projetos de pesquisa da PUC.(1)

Por outra parte, está-se também colaborando na criação do Programa Setorial de Ciências Sociais em Saúde, da FINEP, tanto do ponto de vista do seu financiamento quanto da sua provável futura estruturação.

Entre outras atividades, a área teve oportunidade de participar da elaboração (em português e inglês) do documento de divulgação sobre "Antecedentes, Atividades e Perspectivas" dos Programas PEPPE e PESES e na apresentação da proposta de realização do Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva (Projeto PESES 03-II).

---

(1) Inicialmente foram quatro projetos: um da UNICAMP, que foi retirado e 3 da PUC.

Também participou da elaboração de documentos informativos parciais dos Programas e foi assim como teve ao seu cargo a preparação da parte administrativa do 2º Relatório do PESES (vide Núcleo Central) e do 1º Relatório do Projeto 00 do PEPPE. Por outro lado, e a pedido da Coordenação, fez um cuidadoso levantamento das relações institucionais que envolvem os Programas e como resultado se teve um registro interno dos fatos mais relevantes relacionados com o desenvolvimento do PEPPE e do PESES, desde sua criação.

Finalmente, esta área encerrou as suas atividades de 1977 com a preparação da Síntese do 1º Relatório do PEPPE, o qual foi encaminhado à Área Operativa da FINEP no início do mes de janeiro de 1978, com o objetivo de fornecer ao organismo financiador informações preliminares sobre o andamento do Programa durante o período março-dezembro de 1977.

Em resumo, pode-se avaliar o desempenho desta área como muito dinâmico e em permanente colaboração com a Coordenadoria do PEPPE/PESES. Aqueles pontos que se evidenciaram como fracos podem ser atribuidos, por uma parte, à desvinculação das tarefas desenvolvidas pelas outras áreas da administração operativa e financeira, tanto da FIOCRUZ quanto dos próprios programas, fatos que estão em vias de superação com a reestruturação do setor administrativo em geral. Por outra parte, é evidente que o rítmo irregular que tem caracterizado o PEPPE como um todo, tem afetado especialmente os aspectos de planejamento e acompanhamento das atividades fins dos Programas.

1.2 - Gerência Administrativa

A idéia original proposta pela área de planejamento a respeito da administração, foi a de formar um grupo integrado por um gerente, por um técnico contábil e por uma equipe de apoio secretarial que trabalharia harmonicamente (vide 1º Relatório do PESES). A não efetivação desta proposta se reflete na própria análise e apresentação das atividades dessas sub-áreas.

Durante 1977, coube ao Gerente Administrativo, Sr. Ernesto M.B. Neto designado pelo Presidente da FIOCRUZ para desempenhar uma série de tarefas que, em meados do ano, já se evidenciavam descoordenadas do planejamento e da contabilidade. Por outro lado, no seu relacionamento com a administração da FIOCRUZ, não houve os progressos esperados devido em parte às dificuldades de acesso ao âmbito do Administrador Geral do PEPPE/PESES - ocupado que estava com as tarefas próprias do seu cargo de Assessor do Presidente - e, também, devido ao desconhecimento das novas rotinas exigidas pela FIOCRUZ nas solicitações e à centralização das decisões na Presidência.

Estes fatos foram importantes na medida que:

a) os processos sofreram demoras que escaparam a qualquer previsão;

b) o andamento das pesquisas viu-se afetado por não contar com os recursos humanos e materiais previstos;

c) a prestação de contas em 31/12/77 pode induzir a engano pois o saldo foi muito elevado, havendo no entanto, um apreciável volume de despesas comprometidas e ainda sem resolução (i.e. professores convidados para os cursos; serviços de terceiros vários; equipamentos).

Em síntese, pode-se dizer que ainda não surgiram todas as condições necessárias à boa organização administrativa dos Programas e projetos. Considerando as mudanças ocorridas na administração geral da FIOCRUZ e na própria estrutura administrativa do PEPPE, espera-se que no futuro próximo se estabeleçam as rotinas que permitam acelerar a resolução dos processos, de acordo com as demandas do Programa.

2.3 - Contabilidade

O Sr. Manoel I. Silva foi contratado pelos Programas para se encarregar da escrituração contábil dos projetos, atividade que desempenhou no que se refere ao controle de contas pelos itens de dispêndio do plano da FINEP. No entanto, a utilização do Plano de Contas da União pela FIOCRUZ implicou em duplo controle, o que adicionado à falta de entro-

samento entre o PEPPE e a Fundação originou uma situação confusa nem sempre correspondendo de maneira adequada os dois Planos de Contas.

A desarticulação entre as áreas de contabilidade e de planejamento refletiu-se em certa autonomia na execução financeira, desligada às vezes dos tetos orçados nos projetos, de forma que houve uma sobrecarga de solicitações de remanejamento à FINEP.

A sua desvinculação do setor de orçamento, evidenciada na ausência de um fluxo continuo de informações úteis ao bom acompanhamento dos projetos, é um ponto que está sendo remediado na atualidade.

1.4 - Supervisão do pool secretarial

Durante o ano de 1977 foi-se formado paulatinamente o grupo de apoio secretarial, datilográfico e auxiliar dos Programas, com a incorporação de cinco datilógrafas e um contínuo.

Mas somente a partir do mês de junho foi possível começar a devida organização do trabalho com a contratação de Maria Elide Bortoletto, profissional de nível superior que logrou em curto tempo estabelecer as normas e a direção necessárias ao bom rendimento desta sub-área.

Não poucos problemas houve de encontrar a supervisora, especialmente em relação às contratações do pessoal e dela própria (vide quadro anexo) e à aquisição de máquinas de escrever.

De fato, durante o período deste relatório, a supervisora não obteve sua contratação assegurada pelo C.L.T. e a maioria do seu pessoal passou vários meses trabalhando sem pagamento, o que foi solucionado somente no último trimestre do ano.

Mesmo assim, as pessoas cooperaram em todo momento nas tarefas de preparação de relatórios e outros serviços que continuamente tiveram que atender.

As máquinas de escrever, encomendadas em junho de 1977, não chegaram pela série de razões já anotadas anteriormente. Assim, das oito pessoas relacionadas com trabalho datilográfico somente três tinham máquinas adequadas ao seu bom desempenho até o início de março quando foram efetuadas as aquisições.

2. Comentários Gerais

O projeto PEPPE 00 iniciará o ano de 1978 cumprindo com os objetivos que lhe foram assinalados e superadas tanto as deficiências de coordenação interna quanto o retardo na aprovação das solicitações, estará brevemente capacitado para a - tender a todo o Programa de forma desejada.

II. RECURSOS HUMANOS

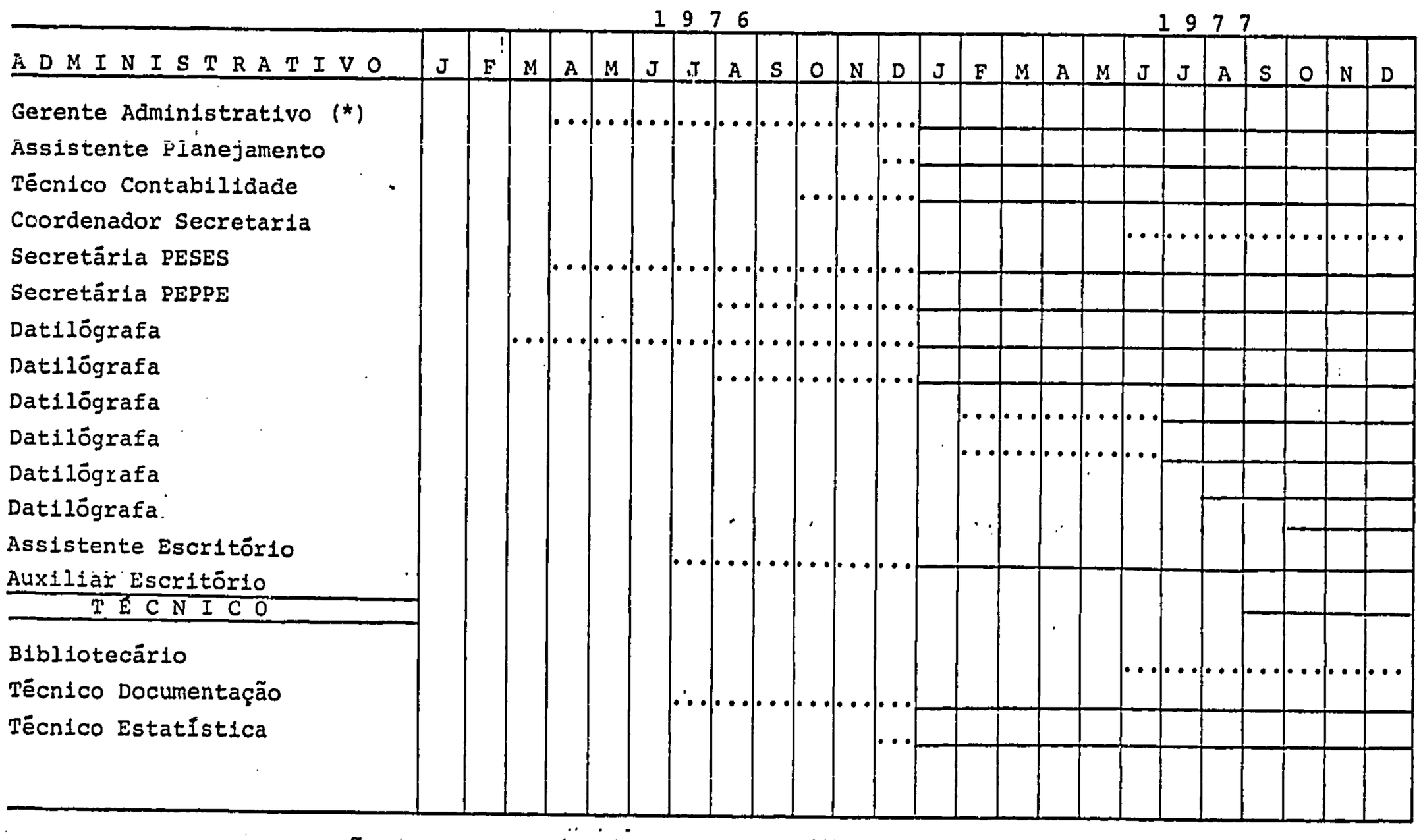
Durante o ano de 1977 foi completado o quadro previsto para o pessoal administrativo com recursos do PEPPE 00.

Em virtude do novo impulso que o Programa PEPPE está recebendo, é provável que proximamente os 24 projetos previstos para serem desenvolvidos em 1978 estejam em pleno desenvolvimento. Isto poderá influir na quantificação de recursos humanos previstos para o apoio administrativo global, de maneira que está sob estudo uma revisão das necessidades para adequá-las à realidade e proceder, se for o caso, à reformulação deste quadro.

Quanto ao pessoal técnico, houve necessidade de contratar um especialista em biblioteconomia para atender à continuidade das atividades do Projeto Bibliográfico(PESES08) durante 1978,embora não estivesse incluído na proposta aprovada pela FINEP. Isto significará que também deverá ser examinada a dotação de pessoal técnico previsto no PEPPE 00. Caso se considere indispensável a contratação de todo o quadro técnico previsto com recursos do FNDCT, proceder-se-á à reformulação orçamentária.

Em quadro anexo se encontra uma visão gráfica das contratações efetivamente realizadas por conta do PEPPE 00, com exceção do Gerente Administrativo que pertence ao quadro da FIOCRUZ.

GRÁFICO DA CONTRATAÇÃO DO PESSOAL ADMINISTRATIVO E TÉCNICO POR TEMPO E TIPO DE CONTRATO



..... prestação de serviços ou código civil

_____ C. L. T.

(*) Todo o pessoal foi contratado com recursos do FNDCT, com exceção do Gerente Administrativo.

MER / nsc.

III. RECURSOS MATERIAIS

a) Obras civis e de montagem

Não foi preciso reformar a área física da ENSP para o funcionamento do PEPPE.

b) Equipamentos de Pesquisa

Este item previa a aquisição de diversos elementos para equipar um laboratório de conservação e distribuição de amostras de material biológico.

Em virtude de reformulação do PEPPE e reorientação de suas linhas de pesquisa, este item destinar-se-á a aquisição de equipamentos necessários aos novos projetos do PEPPE, em fase de aprovação na FINEP.

c) Material Permanente

Somente foi possível a aquisição de diversos materiais como fichários e outros utensílios de escritório. Os processos solicitando a compra de máquina de escrever, telefone e outros previstos, estão em vias de resolução na FIOCRUZ.

Na reformulação global do PEPPE 00 a ser submetida à FINEP, porpor-se-á a aplicação dos recursos de acordo com as reais necessidades do Programa para o ano de 1978.

IV - EXECUÇÃO FINANCEIRA

A situação financeira do projeto apresentou o seguinte quadro em 31/12/77 (*)

Itens de dispêndio \ Recursos	GLOBAL APROVADO	TOTAL 77	TOTAL 78	LIBERADO 1977	DESPESA	SALDO (DO LIBERADO)	SALDO (DO TOTAL)
1. Despesas de investimento							
1.1 Obras civis e montagem	50 000	50 000	-	50 000	-	50 000	50 000
1.2 Equip. de pesquisa	156 000	156 000	-	156 000	-	156 000	156 000
1.3.1 Móveis e utensílios	50 000	20 000	30 000	10 000	5 035	4 965	44 965
1.3.2 Equip. auxiliares	384 000	334 000	50 000	334 000	-	334 000	384 000
1.4.1 Livros e periódicos	100 000	50 000	50 000	40 000	30 752	9 248	69 248
1.4.2 Documentação diversa	150 000	60 000	90 000	30 000	14 659	15 341	135 341
2. Despesas de operação							
2.1.2 Pessoal técnico	743 200	286 600	456 600	104 200	124 162	19 962 DV	619 038
2.1.3 Pessoal Administrativo	2 231 800	853 800	1 378 000	310 800	733 437	422 637 DV	1 498 363
2.2.2 Materiais diversos	220 000	120 000	100 000	60 000	81 536	21 535 DV	138 464
2.4.1 Consultoria	60 000	30 000	30 000	30 000	-	30 000	60 000
2.4.2 Serv. de inst. e manut.	50 000	30 000	20 000	10 000	6 320	3 680	43 680
2.5.1 Viagens e diárias	400 000	200 000	200 000	80 000	83 648	3 648 DV	316 352
2.5.2 Outros itens	120 000	60 000	60 000	30 000	18 581	11 418	101 419
T O T A L	4 715 000	2 250 400	2 464 600	1 245 000	1 098 130	146 870	3 616 870

(*) Conforme prestação de contas apresentado à FINEP.

vl.

Da análise do quadro precedente, se depreende que a parcela de Cr$ 1.245.000,00 liberada em 27/07/77 para dar cobertura às despesas do Projeto no 1º e 2º trimestre, março a junho foi praticamente utilizada na sua totalidade.

A apresentação de saldos devedores em pessoal decorre do fato do Projeto ter assumido retroativamente as despesas que durante o período de março a julho foram por conta do PESES (Projeto 01), pois segundo entendimentos verbais com o grupo técnico da FINEP, foi acertado que este Projeto 00 (junto com o 01) seria reformulado para iniciar sua execução a partir de 1º de março de 1977. Este fato foi reiterado em comunicação NC/25/77 de 11/03/77 emanada da Coordenação do PESES/PEPPE e enviada à FINEP.

Desta forma, no momento da recepção da verba (27/07/77 prevista para o período 1º de março - 30 de junho, se procedeu ao repasse dos recursos gastos pelo PESES durante este período.

Como resultado da reorientação administrativa que a FIOCRUZ está imprimindo ao PEPPE, a área de apoio técnico e de infra-estrutura sofrerá modificações cujas repercussões na parte financeira serão objeto de nova apresentação à FINEP para estudo e consideração.

PROJETO PEPPE 01

NÚCLEO CIENTÍFICO CENTRAL

PROJETO PEPPE 01

Criação e manutenção de um Núcleo Central Científico

OBJETIVO:

Possibilitar a definição, elaboração, acompanhamento e avaliação científica de projetos de pesquisa.

I. PRODUÇÃO

1 - Atividades do período

1.1 - Criação do Núcleo Central

No início de 1977 se propôs à FINEP e à Presidência da FIOCRUZ alguns nomes de profissionais para serem contratados nas vagas previstas no projeto para, juntamente com pesquisadores da ENSP, constituirem o Núcleo Central e desenvolver as atividades de coordenação científica, orientação técnica e elaboração de projetos previstas nos objetivos do Núcleo Central.

Na reunião da Comissão Supervisora de fevereiro de 1977 foi aprovada a indicação dos pesquisadores para integrar o referido Núcleo, o que foi prontamente comunicado à FINEP. Este Núcleo além dos professores da FIOCRUZ especificados no Projeto 01, era composto pelos profissionais : Luiz Clemente Mariani Bittencourt e Antonio de Azeredo Barros Filho, na categoria de pesquisadores associados e Reinaldo Felippe Nery Guimarães, Paulo Cesar Rosito Barata e Marilise Barti de Azevedo Barros como pesquisadores assistentes, sendo os dois primeiros em regime de 20 horas semanais. Ficou dependendo de relação posterior um pesquisador titular.

A liberação dos recursos correspondentes ao 1º semestre do Projeto (março-junho) somente em 27 de julho de

1977, juntamente com demoras na área de administração da FIOCRUZ levaram à contratação de somente três pesquisadores pois a Fundação não concordou em contratar o Pesquisador Associado que lhe cabia como contrapartida enquanto não fossem liberados oficialmente os recursos da FINEP. Entretanto estas vagas foram preenchidas com professores recém contratados da ENSP, (vide também item II. Recur - sos Humanos).

Estes fatos provocaram a desistência de trabalharem no Programa dos Drs. Antonio de Azeredo Barros Filho e Marilise Barti de Azevedo Barros.

Desta maneira, para o Núcleo Central se tem a seguinte situação que prevaleceu durante todo o ano de 1977, no que se refere ao novo pessoal não pertencente à ENSP, na época da formulação do Projeto.

Proposto (CLT - 40 horas)		Efetivado	
1 Pesq. Titular	- FOC	Euclides A. de Castilho	- 20 h
1 Pesq. Associado	- FOC	Marilia B. Marques	- 20 h
1 Pesq. Associado	- FNDCT	Luiz C.M. Bittencourt	- 40 h (*)
1 Pesq. Assistente	- FNDCT	Reinaldo F.N. Guimarães	- 20 h (*)
1 Pesq. Assistente	- FNDCT	Carlos H. Klein	- 40 h (*)

É importante destacar entretanto que os Drs. Euclides Ayres de Castilho e Marilia Bernardes Marques, professores da ENSP, não dedicam tempo integral ao PEPPE, ao contrá - rio do que previa originalmente o Projeto.

1.2 - Definição e elaboração de projetos de pesquisa

De acordo com os objetivos do Projeto PEPPE 01 de desenvolver projetos específicos e de criar a área de formação de recursos humanos, as atividades foram desenvolvi - das dentro das quatro áreas básicas anteriormente definidas na Introdução:

(*) Por prestação de serviços.

a) Área de estudos prioritários

Elaboração e encaminhamento à FINEP dos seguintes projetos:

1) Estudos clínico-epidemiológicos sobre a doença de Chagas
2) Importância de vertebrados não-humanos na epidemiologia da esquistossomose mansoni.

Estes projetos foram encaminhados à FINEP em 18/04/77, tiveram sua aprovação no mes de agosto e a primeira parcela dos recursos foi liberada somente em novembro. Maiores detalhes sobre o andamento de ambas pesquisas serão dados nos seus relatórios específicos.

Dentro desta mesma área foi terminado e submetido à FINEP o projeto de pesquisa sobre Leishmaniose (vide anexo 3), completando desta forma o programa de investigações sobre doenças transmissíveis a ser desenvolvido no PEPPE.

b) Área de estudos conjunturais

Foram avaliados e selecionados 12 (doze) projetos de conjuntura sanitária submetidos ao PEPPE por pesquisadores externos ao Programa e à FIOCRUZ e posteriormente enviados à FINEP, que aprovou dez deles.

Estes projetos foram encaminhados à FINEP no mes de março de 1977 e aprovados em setembro de 1977, mas a sua execução ainda não foi iniciada, pelas razões dadas mais adiante no relatório específico da área.

c) Área de estudos estruturais

Foram elaborados os projetos discriminados a seguir, sendo realizadas em média duas reuniões do Núcleo Central por Projeto para a discussão dos objetivos e da metodologia. Algumas destas reuniões contaram com a participação dos técnicos da FINEP

Maura Ferreira Pacheco e Fernando Luis Pereira da Silva, com o objetivo de se inteirar dos detalhes do Projeto na sua fase de preparação, ficando assim facilitada a avaliação técnica por parte da financiadora.

Entretanto, por motivos alheios à vontade do Núcleo Central do PEPPE, a Presidência da FIOCRUZ houve por bem não convocar a Comissão Supervisora logo após a apresentação dos projetos, em outubro de 1977, o que implicou em seu não encaminhamento à FINEP.

Os projetos preparados durante este período e encaminhados à FINEP durante a elaboração deste relatório, foram os seguintes: (Vide anexo 4)

Coordenador	Título
Luiz Clemente Mariani Bittencourt	"Localização de serviços de saúde em áreas urbanas: subsídios para o estudo do problema".
Reinaldo Felippe Nery Guimarães	"Mortalidade por tipos de Câncer no Município do Rio de Janeiro 1955-1975".
Marilia Bernardes Marques	"Investigação sobre a Organização Social atenção médica dirigida ao Grupo Materno-Infantil no Brasil".
Eduardo de Azeredo Costa	"Hipertensão Arterial: uma perspectiva sócio-ecológica".

Entretanto, o não encaminhamento imediato dos projetos à FINEP não significou o seu não desenvolvimento. Através de recursos existentes no PEPPE 01, para "Elaboração de projetos" e "Consultoria" foram contratados por curtos períodos pesquisadores assistentes que sob a forma de prestação de serviços co-

laboraram na parte referente a revisão bibliográfica e preparação de questionários e outras atividades iniciais. Porém, para a continuação dos mesmos se fazia necessária a definição da FIOCRUZ quanto ao futuro do Programa, quer nos moldes atuais ou como Centro de Pesquisas, o que ocorreu como foi explicado na Introdução, durante a elaboração deste relatório.

d) Área de apoio ao ensino da ENSP

Foram elaborados, enviados à FINEP e aprovados os seguintes programas de ensino para serem ministrados na ENSP durante o ano de 1977:

1 - Curso de Especialização em Epidemiologia

2 - Curso Avançado de Epidemiologia

3 - Treinamento Avançado em Serviço em Epidemiologia e Saúde Pública

4 - Apoio ao Desenvolvimento de Teses de Mestrado.

Maiores detalhes sobre os projetos são encaminhados nos relatórios específicos.

1.3 - Outras atividades

Paralelamente às atividades programadas dentro das quatro linhas básicas de ação traçadas, foram ainda realizadas as seguintes atividades pelos membros do Núcleo Central do PEPPE:

1.3.1 - Conferências e mesas redondas

Assunto	Instituição	Participação
Localização de serviços de Saúde em áreas urbanas	HCUERJ Semana do Hospital	Luiz C.M.Bittencourt
Condições sanitárias da população brasileira	UERJ	Reinaldo F.N.Guimarães

Regionalização dos Serviços de Saúde	UFF	Luiz C.M. Bittencourt
A formação e a carência de sanitaristas	SBH	Eduardo A. Costa
A formação de epidemiologistas no Brasil	Assoc. Intern. de Epid. (IEA)	Eduardo A. Costa

1.3.2 - Seminários

Assunto	Instituição	Participação
A situação de saúde e programas especiais de contrôle das doenças	SBPC	Eduardo A. Costa Reinaldo F.N. Guimarães Paulo C. Sabroza Luiz F.F. da Silva Marília B. Marques
O sistema de Atenção à Saúde	SBPC	A. Sérgio S. Arouca Luiz C. Mariani
Seminário de Introdução ao Curso Básico de Saúde Pública da ESPRGS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul	Eduardo A. Costa A. Sérgio S. Arouca
Política Científica para o Nordeste	UFPb	Eduardo A. Costa
Seminário Nacional sobre Doenças Cardiovasculares	Secret. Nac. de Programações Especiais	Reinaldo F.N. Guimarães Eduardo A. Costa

1.3.3 - Cursos

Curso	Instituição	Participação
Situação de Saúde no Brasil	IMS-UERJ (Graduação)	Eduardo A. Costa
Sistemas de Saúde comparados	IMS-UERJ (Mestrado)	Luiz C. Mariani
Problemas de Saúde do Brasil	ENSP	Reinaldo F.N. Guimarães
Epidemiologia da Atenção Médica	ENSP	Reinaldo F.N. Guimarães Luiz C. Mariani
Regionalização da Assistência Médica	ENSP	Luiz C. Mariani
Estatística Aplicada	ENSP	Carlos H. Klein

1.3.4 - Organização e Coordenação de Seminários

Seminário	Instituição	Coordenador
Política Científica para o Nordeste	UFPb	Reinaldo F.N.Guimarães
Rumos para uma Política Nacional de Saúde	SBPC/Rio	Reinaldo F.N. Guimarães

Cumpre ainda salientar que a relação acima exclui as atividades acadêmicas na ENSP realizadas pelos professores da Escola que são igualmente membros do Núcleo Central.

1.3.5 - Aperfeiçoamento de Pessoal do PEPPE

A participação de pesquisadores do PEPPE no VIII Congresso Internacional de Epidemiologia foi pre

vista inicialmente como uma atividade de aperfeiçoamento, dentro do Programa do Núcleo Central submetido à FINEP e aprovado por esta.

Por motivos de política interna da FIOCRUZ não foi possível obter a decisão e os recursos que permitiriam dar cumprimento à programação proposta. Desta forma, a presença do Dr. Eduardo de Azeredo Costa neste evento foi possível com a ajuda da OPAS que forneceu a passagem, enquanto que a estadia em Puerto Rico (sede da reunião) foi financiada pelo próprio Dr. E. Costa e não com os recursos do FNDCT previsto no Projeto.

Dentre as atividades de aperfeiçoamento do pessoal do PEPPE foi possível, por outra parte, a participação do Dr. Mourad I. Belaciano (Supervisor e Preceptor dos médicos residentes em Saúde Pública do TAS) nas seguintes reuniões:

- XII Congresso da Associação Nacional de Médicos Residentes e V Congresso de Preceptores de Residência Médica, Olinda, 28/08 - 03/09/77.
- XIX Congresso Brasileiro de Higiene, São Paulo , 24-28/10/77.
- XV Congresso Brasileiro de Educação de Educação Médica, Belém, 09-12/11/77.

1.3.6 - <u>Apoio ao Arquivo de publicações científicas do PEPPE 00</u>

Dentro do espírito das atividades do Núcleo Central foram recomendados para aquisição mais de 70 livros de epidemiologia e estatística e numerosas assinaturas de publicações científicas e técnicas. Através da BIREME foram obtidas cópias de artigos referentes aos diversos projetos em andamento, que passaram a fazer parte do acervo de documentação.

2 - Comentários

Apesar das dificuldades enfrentadas, acreditamos que o Núcleo Central desenvolveu a contento as atividades propostas para 1977, que entretanto não puderam ter a continuidade esperada no desenvolvimento dos projetos de pesquisa. Por outro lado, os projetos da área de ensino, por terem recursos já aprovados se desenvolveram um pouco mais satisfatoriamente.

II. RECURSOS HUMANOS

Devido as suas características, o Núcleo Central está constituido somente por pessoal científico, proveniente em parte da ENSP e em parte contratado pelo Projeto.

Ao longo de 1977, e especialmente a partir do 2º semestre, passaram a integrar o Núcleo Central os seguintes profissionais que participaram das atividades de coordenação, apoio e elaboração de projetos de pesquisa:

DA FIOCRUZ/ENSP

1 - Antonio Sérgio da Silva Arouca
Coordenador do PEPPE/PESES
Professor Titular.

2 - Eduardo de Azeredo Costa
Coordenador do Núcleo Central do PEPPE
Professor Titular.

3 - Luiz Fernando Ferreira da Silva
Professor Titular e Chefe do Deptº de Ciências Biológicas

4 - Arlindo Fábio Gomes de Souza
Professor Titular e Chefe do Deptº de Ciências Sociais

5 - Euclides Ayres de Castilho
Professor Titular

6 - Marilia Bernardes Marques
Professor Assistente

7 - Paulo Chagastelles Sabroza
Professor Assistente

DO PEPPE

8 - Luiz Clemente Mariani Bittencourt
Pesquisador Associado

9 - Reinaldo Felippe Nery Guimarães
Pesquisador Assistente

10 - Carlos Henrique Klein
Pesquisador Assistente

Além dos profissionais acima relacionados, o Núcleo Central contou com a colaboração técnica dos seguintes professores da ENSP:

- Paulo Cesar Rosito Barata, na área de modelos computacionais
- Takumi Iguchi, na área de métodos quantitativos
- Carlos Hiroyuki Osanai, epidemiologia e Saúde Pública
- Célia Landman Szwarcwald, métodos estatísticos
- Fernando Laender, em epidemiologia

Igualmente, como consultores, auxiliando na elaboração dos projetos foram contratadas:

- Eneida Duarte Gaspar, Médica Epidemióloga
- Leticia Kraus M. de Souza, Médica Epidemióloga
- Lenita Nicoletti, Assistente Social e Mestre em Saúde Pública e Materno Infantil
- Hilegonda Dutilh Novaes, Médica, Pós-graduada em Medicina Preventiva.

Como pode-se apreciar, o Núcleo Central funcionou basicamente com a participação parcial de profissionais já pertencentes à ENSP, enquanto que o quadro do novo pessoal previsto no Projeto 01 Núcleo Central, não chegou a ser completado e nem sequer chegou a ser formalizada a contratação pela FIOCRUZ dos Drs. Luiz Clemente

Mariani Bittencourt, Reinaldo Felippe Nery Guimarães e Carlos Henrique Klein, sendo que o seu pagamento pelos serviços que vinham prestando ao PEPPE desde início de 1977 somente foi autorizado no mes de novembro desse ano, continuando até hoje sem contrato definido pelo tempo de duração de projeto.

Os problemas surgidos na não efetivação das contratações que teriam permitido a normalização das atividades do Núcleo Central e, por conseguinte, de todo o PEPPE, podem ser atribuidos principalmente a duas razões:

1º - Demoras por parte da FINEP nas fases de aprovação do Projeto, reencaminhado em março de 1977, e na liberação dos recursos recebidos cinco meses depois, ou seja, em fins de julho.

2º - Demoras nas rotinas de contratação do pessoal na FIOCRUZ surgidas da ausência de uma sistemática referente à comprovação de antecedentes pessoais dos candidatos e à efetivação dos pagamentos com recursos do Convênio alocados para tais fins.

IV - EXECUÇÃO FINANCEIRA

A situação financeira do projeto apresentou o seguinte quadro em 31/12/77 (*)

Item de Dispêndio	Aprovado	Total 77	Total 78	Liberado	Despesas	Saldo do Liberado	Saldo do Total
1. Despesas de Investimento							
1.5 Elaboração de Projetos	400.000	280.000	120.000	220.000	498.890	278.890 DV	98.890 DV
2. Despesas de Operação							
2.1.1 Pessoal Científico	1.844.700	706.200	1.138.500	266.200	187.997	78.203	1.656.703
2.3 Aperfeiçoamento de Pessoal	495.000	275.000	220.000	100.000	16.500	83.500	478.500
2.4.1 Consultoria	320.000	150.000	170.000	50.000	2.700	47.300	377.300
T O T A L	3.059.700	1.411.200	648.500	636.200	706.087	69.887 DV	2.353.613

(*) Conforme prestação de contas apresentado à FINEP.

A respeito do quadro na folha anterior, se faz as seguintes observações:

1º) A liberação dos recursos ocorreu somente em 27/07/77 fato que demorou o início dos processos de contratação do pessoal na FIOCRUZ.

2º) O saldo devedor apresentado em "elaboração de projetos" deve-se à série de dificuldades encontradas na forma de contratar os pesquisadores pois estes estavam previstos inicialmente para trabalhar em regime de CLT.

Não sendo possível efetivar tal regime, as contratações foram extendidas sob a forma de prestação de serviços para elaboração de projetos de pesquisa, dado que constou nos contratos.

Coloca-se assim a necessidade de remanejar os recursos de forma a dar cobertura a este item devedor, junto com o qual far-se-á uma reprogramação global do Projeto que será submetida proximente à FINEP.

ÁREA 10.0

APOIO AO ENSINO NA ENSP

PROJETO PEPPE 11.2

CURSO AVANÇADO DE EPIDEMIOLOGIA

OBJETIVO:

Formação diferenciada e capacitação de pessoal de alto nível para atuar em:

a) Docência - ENSP e Universidades
b) Assessoramento - A serviços e programas de saúde
c) Pesquisa - Projetos do PEPPE

1. Atividades Realizadas

O Curso desenvolveu-se durante o período de 15/08/77 a 20/12/77. Matricularam-se 7 (sete) alunos, os quais tiveram frequência satisfatória e cujas avaliações finais estão na dependência da entrega de trabalhos finais aos professores responsáveis por algumas disciplinas. Além dos alunos regulares, 4 (quatro) alunos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro frequentaram a disciplina de Métodos Estatísticos de Análise de Estudos Epidemiológicos e 4 (quatro) alunos da Universidade Federal do Rio de Janeiro frequentaram a disciplina - Epidemiologia Analítica. O curso compreendeu as seguintes disciplinas obrigatórias:

1.1. Introdução à Epidemiologia

Prof. Responsável: Eduardo de Azeredo Costa
Período: 15/08 a 19/08
Nº de horas em classe: 20

1.2. Métodos Estatísticos de Análise de Estudos Epidemiológicos

Prof. Responsável: Euclides Ayres de Castilho
Período: 23/08 a 11/10
Nº de horas em classe: 60

1.3. Epidemiologia Analítica

Prof. Responsável: Guilherme Rodrigues da Silva
Período: 26/09 a 12/12
Nº de horas em classe: 40

1.4. Determinação Social da Doença

prof. Responsável: Anamaria Tambellini Arouca
Período: 30/09 a 09/12
nº de horas em classe: 40

1.5. Pesquisa em Saúde: A Abordagem Epidemiológica

Prof. Responsável: Joir Gonçalves da Fonte
Período: 28/09 a 07/12
Os seguintes professores participaram da referida disciplina na qualidade de Coordenadores de seminários:

- Jorge Antonio Z. Bermudez
- Anastácio Ferreira Morgado
- Francisco Viacava
- Paulo Francisco de Almeida Lopes
- João Carlos Pinto Dias
- Cecília Magaldi
- Uraci Simões
- Pedro Paulo Chieffi

1.6. O Ensino e a Pesquisa Epidemiológica no Brasil

Prof. Responsável: Eduardo de Azeredo Costa
Período: 13/12 a 20/12
Nº de horas em classe: 16

Além destas disciplinas obrigatórias, foram oferecidas as seguintes disciplinas optativas entre as quais cada aluno cumpriu uma combinação de disciplinas de modo que frequentaram um mínimo de 100 horas em disciplinas optativas:

1.7. História da Epidemiologia

Prof. Responsável: Eduardo de Azeredo Costa
Prof. Colaborador: Marcos F. Moreira
Período: 03/11 a 08/12
Nº de horas em classe: 40

1.8. Regionalização de Serviços de Saúde

Prof. Responsável: Marília Bernardes Marques
Prof. Colaborador: Luiz Clemente Mariani Bittencourt
Período: 13/10 a 27/10
Nº de horas em classe: 20

1.9, Modelos Matemáticos

Prof. Responsável: Euclides Ayres de Castilho
Prof. Colaborador: Paulo Cesar Rosito Barata
período: 26/08 a 27/10
Nº de horas em classe: 40

1.10. Epidemiologia da Atenção Médica

Prof. Responsável: Eduardo de Azeredo Costa
Profs. Colaboradores: Reinaldo Felipe Nery Guimarães.
Luiz Clemente Mariani Bittencourt
Período: 24/08 a 31/09
Nº de horas em classe: 20

Aguns alunos completaram as 100 horas mínimas em disciplinas optativas frequentando disciplinas do Curso Avançado de Planejamento em Saúde que se desenvolveu paralelamente.

2. Comentários

Em linhas gerais pode-se concluir que o curso desenvolveu se de modo bastante satisfatório e segundo uma avalição informal feita com os alunos, os mesmos, por unanimidade, apontaram um bom aproveitamento. Contudo, deve-se lastimar o atraso no pagamento aos professores convidados já que, somente, em março de 1978 tiveram liberados os seus pagamentos. O relativo pequeno número de alunos matriculados, deve-se, na opinião do Coordenador à tardia divulgação dada ao Curso.

Por último, vale a pena acrescentar que no projeto do Curso previa incentivar a participação dos alunos mais qualificados nas atividades de ensino e pesquisa. Para tal efeito, a FINEP autorizou outorgar ajuda financeira sob a forma de aperfeiçoamento de pessoal a cinco monitores durante o período de quatro meses. Devido a uma série de dificuldades encontradas na área administrativa da FIOCRUZ,

somente foi possível obter autorização para o pagamento de duas monitoras (Cr$ 12.000,00 para cada uma em total), o qual foi efetivado três meses após o encerramento do Curso.

II. RECURSOS HUMANOS

a) Coube a coordenação docente-administrativa do Curso à Dra. Marina S. Wagner, Auxiliar de Ensino da ENSP. Com o objetivo de exercer tais funções, foi prevista uma complementação salarial mensal que não foi efetivada devido a incompatibilidade apresentada pela FIOCRUZ, no sentido do pessoal da ENSP não fazer jus a remuneração adicionais aos vencimentos fixos.

b) Prestaram serviço sob a forma de consultores financiados exclusivamente com recursos do FNDCT alocados ao Projeto, uma série de professores convidados a ministrar aulas e palestras sobre os assuntos relacionados a seguir:

Nome	Assunto
Guilherme Rodrigues da Silva	Epidemiologia Analítica
Moisés Goldbaum	" "
Cecilia Magaldi	Seminário de Tuberculose
José Taquarassú Fiusa de Lima	Vigilância Epidemiológica
Uraci Simões Ramos	Saúde Mental
Francisco Viacava	Desnutrição
Paulo F. de Almeida Lopes	Malária
Marcos F. Moreira	História da Epidemiologia
Madel T. Luz	Instituções Médicas no Brasil
Hésio Cordeiro	Política de Saúde
José Luis Fiori	" "
George F. Kornis	Economia e Saúde
Dalton M. Hamilton	Elaboração de Projetos

E importante referir que todos estes professores, por motivo administrativos, só tiveram liberados em março de 1978 os pagamentos devidos pelas aulas que prestaram, fato que repercutiu na situação financeira do projeto apresentada a FINEP em 31.12.77

III. RECURSOS MATERIAIS

O Projeto previa somente investimentos em documentação e

despesas em material de consumo diverso. Devido à demora na liberação dos recursos por parte da FINEP, as aquisições que houve, principalmente durante a fase de preparação e início do Curso, foram por conta do Projeto PEPPE 00 e da ENSP.

IV - RECURSOS FINANCEIROS

A situação financeira do projeto apresentava o seguinte quadro em 31/12/77: (*)

Itens de Dispêndios / Recursos	Aprovado	Liverado	Despesas	Saldo do Liberado	Saldo do Total
1. Despesas de Investimento					
1.4.2 Documentação Diversa	30.000	20.000	-	20.000	30.000
2. Despesas de Operação					
2.1.1 Pessoal Científico	10.000	6.000	-	6.000	10.000
2.2.2 Materiais Diversos	10.000	10.000	-	10.000	10.000
2.3 Aperfiçoamento de Pessoal	60.000	30.000	-	30.000	60.000
2.4.1 Consultoria	50.000	30.000	-	30.000	50.000
2.5.1 Viagens/ Diárias	20.000	20.000	30.655	10.655DV	10.000
2.5.2 Outros	30.000	20.000	-	20.000	30.000
T O T A L	210.000	136.000	30.655	105.345	179.345

(*) Conforme prestação de contas enviada à FINEP.

A análise deste quadro - que não reflete as atividades desenvolvidas pelo Curso - deve ser feita levando em consideração os seguintes pontos:

a) O fato de não contar com a totalidade dos recursos du

rante o desenvolvimento do Curso, ou pelo menos com a primeira parcela antes do seu início, impediu administra-los de forma mais racional e adequada às reais necessidades do Curso.

b) No momento da prestação de contas (31/12/78) não havia sido autorizado na FIOCRUZ o pagamento dos professores convidados, nem a ajuda para os monitores do Curso, despesas que diminuirão significativamente os saldos parcial e final do projeto.

c) Não foi autorizada a complementação salarial ao pessoal científico.

d) A FINEP não respondeu à solicitação de remanejamento de modo que itens tais como "Documentações" não puderam ser utilizados, enquanto que o item "Consultoria", apresentará no final um elevado saldo devedor.

e) A execução das despesas no item "Viagens/diárias" ultrapassou o valor orçado mas o setor responsável pelo acompanhamento não tomou conhecimento de modo que foi incluido esse item no remanejamento solicitado em 12.77.

/guo.

PROJETO PEPPE 12.1

Curso de Especialização em Epidemiologia 1977

Objetivos Gerais do Projeto

Capacitar pessoal de nível universitário, com conhecimentos anteriores de Saúde Pública para desenvolver atividades especializadas de pesquisa, docência e ações de saúde em Epidemiologia, dentro da política de capacitação de recursos humanos da ENSP e da FIOCRUZ.

Parte I - PRODUÇÃO

1 - Atividade do Período

O cronograma do curso, como especificado no projeto, foi cumprido dentro dos prazos previstos.

No período de 10 de janeiro de 1977 a 25 de janeiro de 1977 foi realizada a seleção dos candidatos através de prova escrita de conhecimentos pertinentes à Saúde Pública e de títulos, sendo que foram aprovados e se matricularam cinco alunos.

O curso se desenvolveu no período de 07 de fevereiro a 08 de julho de 1977, sendo cumprida uma carga horária de 824 horas , das quais 400 em atividades em classe.

Dos alunos matriculados quatro concluiram o curso recebendo diploma de especialista em Saúde Pública/Epidemiologia.

Além dos alunos matriculados no curso, as disciplinas que compuseram sua programação foram assistidas por alunos de outros cursos ou programas de preparação de pessoal, como o curso de Especialização em Saúde Pública e o TAS em Epidemiologia.

Foram ministradas as seguintes disciplinas, com as respectivas cargas horárias e professores responsáveis:

Matemática I	40 h	Prof. Paulo C. Rosito Barata
Métodos Quantitativos I	88 h	Prof. Takumi Iguchi
Métodos Quantitativos II	40 h	Prof. Isnard Alves Cabral
Demografia I	56 h	Profa. Sarah Hawker Costa
Ciências Sociais III	48 h	Profa. Célia Leitão Ramos
Ciências Sociais IV	40 h	Profa. Célia Leitão Ramos
Epidemiologia III	64 h	Prof. Eduardo de Azeredo Costa
Epidemiologia IV	80 h	Prof. Paulo Chagastelles Sabroza
Epidemiologia V	40 h	Prof. Eduardo de Azeredo Costa
Prob. de Saúde no Brasil	136 h	Prof. Arlindo F.G. de Souza
Vigilância Epidemiológica	152 h	Joir Gonçalves da Fonte (Optativa)
Inst. Médicas no Brasil	152 h	Profa. Madel Terezinha Luz (Optativa)

2 - Observações

O curso foi realizado com recursos da FIOCRUZ, com pessoal e instalações da ENSP, já que os recursos do FNDCT não puderam ser utilizados, uma vez que, quando os projetos relacionados com a preparação de recursos humanos do PEPPE foram aprovados pela FINEP, o curso já tinha sido concluido.

As disciplinas integradas a outros cursos puderam ser desenvolvidas normalmente, enquanto algumas, específicas da área de Epidemiologia, foram prejudicadas pela impossibilidade de contar com os recursos previstos. Entre estas incluem-se as disciplinas de Vigilância Epidemiológica e o seminário final sobre a utilização de recursos humanos em Epidemiologia, que não puderam contar com a participação de especialistas provenientes de outras instituições. Observou-se também limitações quanto à reprodução de material didático e bibliográfico. Não foi possível organizar e reproduzir o material elaborado durante os seminários e trabalhos de grupo, nos quais foram analisados problemas demográficos e de saúde das populações, como estava previsto.

Finalmente, o número de especialistas formados foi menor que o previsto no projeto. Isto decorreu do fato de apesar da necessidade deste tipo de pessoal especializado tanto para ações de ser-

viço como de pesquisa e ensino, não haver uma tradição de cursos desta natureza, juntamente com a necessidade do candidato já pos - suir conhecimentos básicos em disciplinas que não têm sido privile giadas no ensino de graduação e pós-graduação na área bio-médica , como matemática e estatística.

Acrescenta-se ainda que houve dificuldade no obtenção de bolsas de estudo, enquanto a natureza do curso exigia dedicação de tempo integral.

PARTE II - RECURSOS HUMANOS

1 - Pessoal de Apoio - Foram utilizados os recursos humanos da ENSP para os serviços de secretaria e manutenção.

2 - Pessoal docente

2.1 - Professores da ENSP

Arlindo Fábio Gomes de Souza
Eduardo de Azeredo Costa
Joir Gonçalves da Fonte
Luiz Fernando Ferreira da Silva
Isnard Alves Cabral
Paulo Chagastelles Sabroza
Célia Leitão Ramos
Anastácio Ferreira Morgado
Jorge Bermudez
Carlos Hiroyuki Osanai
Takumi Iguchi

2.2 - Pesquisadores do PEPPE/PESES

Antonio Sérgio da Silva Arouca
Reinaldo Felippe Nery Guimarães

2.3 - Professores Extraordinários

Sarah Hawker Costa
Ricardo Wanderley Tavares
Diana Maul de Carvalho
Paulo Cesar Rosito Barata
Marcos da Silva Moreira

2.4 - Professores Convidados

Edilberto Antenzana - da OPAS
Manuel Ferreira - da SBH da Fundação SESP

PARTE III - RECURSOS MATERIAIS E EXECUÇÃO FINANCEIRA

Foram utilizados exclusivamente recursos da FIOCRUZ, a - través da ENSP, no pagamento de pessoal e despesas com reprodução de material e de outra natureza.

Foram concedidas tres bolsas de estudo com recursos do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, durante o período do curso, no valor de tres mil e quatrocentos cruzeiros mensais.

Pelos motivos expostos acima solicitamos em 27/12/77 (NC/186/77) outorgação da FINEP para que o total de Cr$ 90.100,00 atualmente em nosso poder seja retido na FIOCRUZ para aplicação no Curso de Especialização de 1978, a fim de poder contar com um maior número de professores convidados, conforme a proposta ini - cial.

Devido a mudanças ocorridas na coordenação da área de ensino em epidemiologia na ENSP e devido à reorientação das atividades do Curso, não foi possível enviar à FINEP o novo Projeto (12.2) para 1978, o qual já foi iniciado sem a participação do PEPPE. Desta forma fica sem efeito a solicitação mencionada e preve-se, portanto, o recolhimento dos Cr$ 90.100,00 concedidos inicialmente para aplicação no primeiro semestre de 1977.

PROJETO PEPPE 13.1

Treinamento Avançado em Serviço de Saúde Pública
e de Epidemiologia (TAS-SP e TAS-EPI)

1. Introdução

A FIOCRUZ instituiu, através da Norma Operacional nº 05/76, o Treinamento Avançado em Serviço (TAS) para graduados, objetivando o desenvolvimento da Política de Recursos Humanos para a Saúde.

Entre as áreas de treinamento encontram-se a Saúde Pública (TAS-SP) e a Epidemiologia (TAS-EPI).

Essa modalidade de Treinamento destina-se a profis - sionais recém-graduados que se proponham a uma formação básica nessas áreas, através de atividades ligadas a serviços, ensino e investigação.

A idéia de uma modalidade prática de formação em Saú de Pública e Epidemiologia que não a da linha convencional dos cursos existentes na ENSP sempre esteve presente.

A inexistência no país de uma residência em Saúde Pú blica, em sentido estrito, que congregasse profissionais de saúde de diferentes formações acadêmicas e a necessidade de uma formação integrada desses elementos a partir de uma práti ca comum justifica a proposta de tal modalidade de Treinamento.

De outro lado, a necessidade de epidemiologistas no país e a existência de poucos núcleos formadores desses profis sionais justificou um treinamento de maneira concentrada. Além disso, o desenvolvimento dos demais projetos de pesquisa do PEPPE na área de epidemiologia criaria a necessidade e propor- cionaria uma grande oportunidade de treinamento prático de ini ciação na área.

2. Objetivos Gerais

De acordo com esse quadro os objetivos do projeto poderiam ser sintetizados como uma busca de capacitação de profissionais de nível universitário recém-graduados de áreas envolvidas com a Saúde visando:

- conhecer e buscar resolver os problemas de saúde coletiva de uma população.
- conhecer e manusear técnicas básicas de Saúde Pública e de Epidemiologia.
- desenvolver na prática as noções adquiridas em serviço.

PARTE I - PRODUÇÃO

1. Atividades Realizadas

1.1 - Características gerais do TAS

Tratando-se do primeiro ano de desenvolvimento do Programa do TAS, estruturado em duas etapas de um ano com gradual aprofundamento de conhecimento e prática, realizou-se apenas o treinamento ao nível de primeiro ano.

O TAS-Ep propos desenvolver as atividades ligadas a serviços, ensino e investigação em Epidemiologia.

O TAS-SP compreendeu atividades de serviços de Saúde Pública, constituindo-se na "Residência em Saúde Pública" (TAS-SP-R), e atividades de investigação e ensino em áreas específicas aplicadas à Saúde Pública que foram: Saneamento (TAS-SP-SAN), Ciências Sociais (TAS-SP - CS), Administração (TAS-SP-ADM), e Métodos Quantitativos (TAS-SP-MQ).

1.2 - Processo de inscrição e seleção

O total de vagas previstas para o treinamento foram 26 assim distribuidas:

TAS-SP (total)	21 vagas
TAS-SP-R	13 vagas
TAS-SP-SAN	02 vagas
TAS-SP-CS	02 vagas
TAS-SP-ADM	02 vagas
TAS-SP-MQ	02 vagas
TAS-EP	06 vagas

Inscreveram-se 43 candidatos aos TAS-SP e TAS-EP das áreas de Medicina (22), Enfermagem (2), Sociologia (1), Psicologia (6), Serviço Social (6), Biologia (2), Engenharia (3) e Matemática (2). Embora previsto, não se inscreveu nenhum candidato da área de Odontologia.

A seleção deu-se de modo conjugado, constando de análise de currículo e entrevista, buscando além da qualificação a adequação do treinamento aos candidatos. Ao final, os candidatos selecionados e matriculados distribuiram-se da seguinte forma.

TAS - SP - R

07 médicos
02 enfermeiras
02 assistentes sociais
02 psicólogos

TAS - SP - SAN

01 biólogo

TAS - SP - CS

01 psicóloga
01 socióloga

TAS - SP - ADM

02 médicos

TAS - SP - MQ

01 matemática
01 assistente social

TAS - EPI

05 médicos
01 assistente social

Não foi preenchida 1 vaga de saneamento.

1.3 - Atividades previstas

As atividades previstas dividiram-se naquelas comuns ao TAS-EPI e TAS-SP, em suas diferentes modalidades, e atividades específicas das áreas de concentração.

1.3.1 Atividades conjuntas

As atividades comuns programadas visavam a discussão de temas que diziam respeito aos princípios e problemática básica de Saúde Pública e Epidemiologia e a realização de projetos conjuntos, quer de serviço quer de pesquisa. Resumidamente as atividades conjuntas de discussão de temas constituiram-se nos seguintes:

- Seminários de Introdução à Saúde Pública e Epidemiologia
- Seminários de temas setoriais das áreas de Treinamento em Saúde Pública e Epidemiologia.
- Discussão de casos médico-sanitários da Unidade de Treinamento.

As atividades práticas conjuntas constituíram-se em elaboração de projetos e sua realização através da integração de elementos de áreas ou setores.

1.3.2 Atividades específicas

As atividades próprias das áreas de concentração foram planejadas e desenvolvidas setorialmente nos departamentos correspondentes da ENSP (TAS-SP-SAN, TAS-SP-ADM, TAS-SP-CS, TAS-SP-MQ e TAS-EPI) e na Unidade Sanitária Germano Sinval Faria (USGS) da Escola (TAS-SP-RES), sob a supervisão de preceptores específicos. Pela própria natureza do treinamento proposto e sendo o primeiro ano de tal experiência, as atividades não foram, nem deveriam ser, rigidamente estabelecidas nos diversos setores. Assim, estas atividades serão descritas a seguir, segundo os setores onde se realizaram.

1.4 - Atividades desenvolvidas

1.4.1 Atividades conjuntas

Os seminários de introdução realizaram-se na primeira semana de treinamento abrangendo os tópicos básicos de Saúde Pública, Conceitos de Saúde e Doença, Atenção Primária a Saúde e Epidemiologia.

Propostos com uma periodicidade quinzenal, realizaram-se apenas dois seminários setoriais que foram sobre avaliação de Saúde no Brasil: "Indicadores de Saúde", pelo TAS-EPI e Meio Ambiente Fisíco, sua influência na Saúde pelo TAS SP-SAN. As razões de sua não realização, bem como de outras atividades, serão discutidas ao final do relatório.

Realizaram-se quinzenalmente sessões"Casos Médico-Sanitários" sobre problemas oriundos da área servida pela Unidade Sanitária.

Tendo como referência concreta a USGSF, desenvolveu-se, em vários níveis,a elaboração con

junta de projetos de Vigilância Epidemiológica, análise administrativa de uma unidade médico-sanitária, formação de setores de psicologia e serviço social na mesma e levantamento dos recursos de Saúde Mental em sua área de atuação.

1.4.2 Atividades específicas

TAS-SP-R (Realizado na Unidade Sanitária " Germano Sinval Faria" da Escola Nacional de Saúde Pública):

- Leitura e discussão do Projeto de residência visando conhecer a metodologia proposta de ensino aprendizagem
- Rodízio inicial na USGSF para fins de ambientação
- Rodízio mensal por categoria profissional nos serviços existentes na USGSF
- Visitação domiciliar aos usuários da USGSF
- Participação na Comissão de Orientação da USGSF
- Reuniões administrativas da Residência
- Reuniões com os funcionários da USGSF
- Grupo de Estudos em Epidemiologia
- Grupo de Estudos em Educação para a Saúde
- Grupo de Estudos em Administração em Saúde Pública
- Grupo de Estudos em Ciências Sociais aplicadas à Saúde
- Aplicação de Técnicas de Educação em Saúde em escolas do 1º grau na área de atuação de Unidade Sanitária e junto a Associação de bairros.
- Grupos de gestantes

TAS-SP-SAN (realizado junto ao Departamento de Saneamento da ENSP):

- Estudo teórico dirigido de Higiêne Industrial

- Estudo teórico dirigido de Ecologia
- Coleta de dados sobre Saneamento
- Participação nas atividades docentes da área como monitor
- Organização e arquivo de dados bibliográficos de interesse do Departamento
- Análise físico química e bacteriológica de água

TAS-SP-CS (realizado junto ao Departamento de Ciências Sociais da ENSP)

- Estudos dirigidos em Ciências Sociais
- Monitor no curso Educação e Saúde
- Monitor em estágio de campo
- Participação no Projeto Integrado Educação e Saúde de Niterói

TAS-Sp-ADM (realizado junto ao Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP)

- Estudos dirigidos de administração e planejamento
- Estudo teórico sobre Diagnóstico de Saúde de Uma Comunidade
- Levantamento Preliminar da Situação de Saúde de Petrópolis
- Estudo do sistema de informações em Unidade Sanitária
- Planejamento e programação para nível local de Unidades Sanitárias

TAS-SP-MQ e TAS-EPI (realizados conjuntamente no Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde):

- Estudos dirigidos de Epidemiologia e Estatística

- Coleta e análise de dados de Registro da USGSF
- Codificação de informações de inquérito de fecundidade
- Exercícios simulados de investigação Epidemiológica
- Investigação Epidemiológica de surto de hepatite em Olaria, Município do Rio de Janeiro
- Investigação Epidemiológica de Hepatite em Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro
- Participação em planejamento e execução do projeto de análise clínico-epidemiológica de mortalidade perinatal junto ao Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ
- Atividades de Epidemiologia em Unidade de Saúde da Secretaria de Saúde de Minas Gerais *
- Avaliação de Saúde entre trabalhadores de mineração no Município de Brumadinha, MG *
- Estágio em doenças infecciosas no Hospital Carlos Chagas, Belo Horizonte *
- Estudo Epidemiológicos de tétano e meningite em Belo Horizonte *
- Estudos de prevalência da doença de Chagas, Município de Luz, Minas Gerais *
- Estágio Ambulatorial em Esquistossomose *
- Estágio de Epidemiologia da Lepra

* Atividades desenvolvidas por dois treinandos de Epidemiologia orientados em trabalho de campo diretamente no Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte.

Deve-se comentar também que os treinandos de ambas as áreas de concentração - Saúde Pública e Epidemiologia cursaram disciplinas consideradas de interesse do Curso Básico de Saúde Pública e do Curso de Especialização em Saúde Pública.

2. Comentários

O retardo no início do TAS em Saúde Pública e Epidemiologia, previsto para 17 de janeiro de 1977 e ocorrido em 16 de fevereiro, bem como o início de pagamento de bolsas aos treinandos apenas em março interferiam negativamente no bom andamento do treinamento.

Esses fatores causaram certa insegurança aos treinandos, motivando uma preocupação e mobilização que os desviaram dos objetivos operacionais do Treinamento logo em seu início.

Se a esta situação somar-se-á o retardo na liberação de recursos do TAS e o não encaminhamento dos projetos relacionados (outros projetos do PEPPE) pode-se verificar as dificuldades de infraestrutura sentidas para o desenvolvimento do programa. De um lado a falta de recursos para o pagamento adequado de profissionais envolvidos no treinamento e, de outro, a impossibilidade de proporcionar uma adequada área de treinamento que seriam os demais projetos do PEPPE, especialmente na área de epidemiologia.

Apesar desses fatores negativos, pode-se afirmar que esse primeiro ano de TAS realizou-se satisfatoriamente. Tal posição é pensamento tanto de orientadores quanto de treinandos e serve de argumento a que se proponha a continuação deste programa, reforçando-se no fato de que uma avaliação mais definitiva de um programa desta natureza só poderá se realizar a médio e longo prazo.

A curto prazo uma avaliação efetuada pelos próprios treinandos e orientadores servirá de base à programação do treinamento para o ano de 1978.

PARTE II - RECURSOS HUMANOS

1. Pessoal Atual

1.1 - Científico

- Eduardo de Azeredo Costa, Prof. Titular, Coordenador
- Carlos Hiroyuki Osanai, Aux. de Ensino, Supervisor e Preceptor

- Takumi Iguchi, Auxiliar de Ensino, Supervisor e Preceptor
- Paulo S. D'Aguila, Auxiliar de Ensino, Preceptor
- Eduardo P. Maranhão, Aux. de Ensino, Preceptor
- Joaquim A. Cardoso de Mello, Professor Assistente, Preceptor
- Paulo Chagastelles Sabroza, Prof. Assistente, Preceptor
- Paulo Rosito Barata, Prof. Assistente, Preceptor
- Sergio Simões, Médico, Chefe da Unidade Sanitária
- João Carlos Pinto Dias, Pesquisador
- Mourad Ibrahim Belaciano, Pesquisador Asssitente, Supervisor e Preceptor do TAS-SP-R *

1.2 - Técnico

- Brivaldo Teixeira de Queiroz, Médico
- Jaime Loureiro Nobre Baptista, Médico
- Jayme Bonsucesso M. Neto, Médico
- Salomão Henrique Brodbekier, Médico
- Maria da Graça Alvarenga, Enfermeira
- Augusta Corogodshay, Odontóloga
- Cesar Capelle de Freitas, Tec. de Laboratório
- Heitor Resende, Médico *

* Contratados com recursos do FNDCT alocados ao Projeto.

1.3 - Administrativo

Utilizou-se a estrutura administrativa já existente na ENSP e no PEPPE.

2. Mudanças ocorridas no período

2.1 - Pessoal Científico

Procedeu-se a substituição da Prof. Claudia A. Garcia pelo Prof. Joaquim A. Cardoso de Mello na preceptoria do TAS-SP-CS, por reorientação de função no Depto. de Ciências Sociais da ENSP.

Incluíram-se ao Prof. Paulo Chagastelles Sabroza e Paulo Rosito Barata e o pesquisador João Carlos Pinto Dias (Centro de Pesquisas "René Rachou"), por facilidades operacionais de orientação específica.

2.2 - Pessoal Técnico

Não foi procedida a contratação de Cleuza Castilho para a estruturação do serviço a Saúde Mental sendo em seu lugar contratado o Dr. Heitor Resende, a partir de 01/09/77, por prestação de serviços.

Não foram contratados, como previsto, uma enfermeira, uma nutricionista e um assistente social por falta de recursos, no início do projeto (vide comentários).

A farmacêutica Arlete Cordeiro Mattoso foi transferida ao Instituto Fernandes Figueira, por necessidade de serviço.

2.3 - Pessoal Administrativo

Não foi contratado uma assistente especializado de ensino nível médio conforme o previsto. Suas funções foram acumuladas pelos supervisores do treinamento.

3. Comentários

O atraso na liberação dos recursos financeiros para execução do projeto comprometeu seriamente o desenvolvimento do programa. Assim, a não contratação do pessoal técnico assinalado e do assistente especializado de nível médio levou a modificações na programação e acúmulo de funções. Posteriormente não foi solicitada a sua contratação por já estar em andamento o treinamento, não se justificando o seu engajamento já no final do ano.

PARTE III - RECURSOS MATERIAIS

As despesas previstas na aquisição de livros e diversos ocorreram principalmente no primeiro semestre de atividades, ou seja, antes da liberação da primeira parcela dos recursos, e foram assumidas pela ENSP e pelo Projeto PEPPE 00.

PARTE IV - RECURSOS FINANCEIROS

A situação financeira do projeto apresentava o seguinte quadro em 31/12/77.(*)

Recursos / Itens de Dispêndio	Aprovado	Liberado	Despesa	Saldo do Liberado	Saldo do Total
1. Despesas de Investimento					
1.4.1 Livros e periódicos	12.000	5.400	-	5.400	12.000
1.4.2 Documentação Diversa	6.000	2.800	-	2.800	6.000
2. Despesas de Operação					
2.1.1 Pessoal Científico	297.000	135.000	231.331	96.331 DV	65.669
2.1.2 Pessoal Técnico	196.000	49.000	44.971	7.029	151.029
2.2.2 Materiais Diversos	10.000	4.600	-	4.600	10.000
2.4.1 Consultoria	20.000	9.200	-	9.200	20.000
2.5.2 Outros itens suplementares	10.000	4.600	-	4.600	10.000
T O T A L	551.000	210.600	276.302	65.702 DV	274.698

(*) Conforme prestação de contas à FINEP

Do quadro acima se depreende que as despesas se restringiram aos itens de pessoal científico e técnico, cujas ati

vidades deveriam continuar até 31 de março de 1978. A este respeito acrescentamos o seguinte:

a) Em carta NC/186/77 de 27/12/77, solicitamos a liberação da segunda parcela dos recursos (3º e 4º trimestre de 1977) e a prorrogação do Projeto até 31 de março de 1978.

b) Paralelamente, solicitou-se da FIOCRUZ o pagamento do pessoal técnico por esse período, requisição atendida somente no final de março.

PROJETO PEPPE 14.1

Apoio ao desenvolvimento de teses de mestrado

OBJETIVO:

Fornecer apoio ao desenvolvimento de teses de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública, sob a forma de projetos.

I. PRODUÇÃO

Defasagens ocorridas na programação do mestrado da ENSP, iniciado somente no mês de junho, impediram o desenvolvimento dos projetos de tese que constituem a base deste Projeto. No momento, o Núcleo Central do PEPPE junto com os orientadores dos alunos, encontram-se dedicados à revisão dos projetos de dissertação e à seleção dos alunos passíveis de receberem financiamento para a execução de suas pesquisas através do PEPPE.

A relação dos selecionados será remetida próximamente à FINEP, segundo combinado com a Área Operativa, como condição prévia à execução do Projeto.

II. RECURSOS HUMANOS

Foi substituido o Dr. Arlindo Fábio Gomes de Souza na Coordenação do Projeto pelo Dr. Euclides Ayres de Castilho, Professor Titular da ENSP e membro do Núcleo Central do PEPPE.

III. RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS

Pelos motivos acima expostos, não houve despesas durante o exercício.

A FINEP liberou Cr$ 400.000,00 em 27/07/77 por conta do total de Cr$ 1.000.000,00 aprovados para aplicação durante egge ano.

Visando impedir a descontinuidade do Projeto duran

te o ano de 1978, solicitou-se da FINEP em 27/12/77 (NC.186/77) autorização para utilizar tais recursos com os mesmos objetivos, já que estes permaneciam inteiramente válidos. Embora a FINEP não tenha ainda respondido a esse pedido, continua vigente no PEPPE o espírito de que é fundamental colaborar com a formação de recursos humanos por meio deste Projeto específico de apoio ao desenvolvimento de teses de nível de pós-graduação na ENSP.

ÁREA 20.0

ESTUDOS PRIORITÁRIOS

PROJETO PEPPE 21.1

ESTUDOS CLÍNICOS, CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E EPIDEMIOLÓGICO SOBRE DOENÇA DE CHAGAS

OBJETIVOS:

1º Estudos da História Natural da Doença de Chagas.

Estabelecer as correlações entre as diversas fases da infecção e as manifestações de comprometimento visceral, bem como a sequência do desenvolvimento destas, a significação prognóstica e outros dados.

2º Estudos Clínico-terapeuticos

Aprofundar os conhecimentos clínicos mediante a utilização de modernos métodos de diagnostico cardiológico, em doentes internados, para investigação e tentativa de tratamento.

3º Inquérito Clínico-epidemiológicos.

Estudar as variações regionais na prevalência e na gravidade de algumas formas clínicas crônicas.

4º Prosseguimento de estudos em execução em Bambuí.

Grupo de sub-projetos versando sobre dinâmica da transmissão congênita, educação sanitária, vigilância epidemiológica e prevalência da morbidade nas vizinhanças de Bambuí e outros municípios de Minas Gerais.

Iº RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROJETO 21.1- ESTUDOS CLÍNICOS, CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE DOENÇA DE CHAGAS

(Período 01/11/77 a 31/03/78)

1. INÍCIO DAS ATIVIDADES.

As atividades no projeto Doença de Chagas praticamente tiveram início com a contratação do coordenador em 01/11/77, com recursos previstos na contrapartida da FIOCRUZ; e com a liberação, em 10/11/77, pela FINEP, dos recursos referentes ao exercício de 1977.

Até então as atividades da equipe do Posto de Bambuí mantiveram o rítmo de trabalho que desenvolviam, atendendo à orientação de pesquisas já em andamento, muitas delas relacionadas com a própria estrutura do Projeto.

A Referida equipe, mantida com recursos da contrapartida da FIOCRUZ, é constituída dos seguintes elementos:

- Dr. João Carlos Pinto Dias	- Pesq. Titular da FIOCRUZ
- José Cândido da Silva	- Aux. Laboratório "D"
- Alexandrino B. Fernandes	- Aux. Laboratório "D"
- Terezinha B. Simões	- Aux. Laboratório "D"
- Aristides Silvério	- Aux. Laboratório "C"

2. RECURSOS HUMANOS.

2.1 Pessoal Científico.

Do pessoal a ser mantido com recursos da FINEP foram contratados os seguintes empregados:

- Luiz Antonio Camacho	- Médico - contratado como Auxiliar de Pesquisa, a partir de 01/02/78, em substituição a Victor H.de Melo, indicado no Projeto.

2.2 Pessoal Técnico:

- Maria do Carmo de Araújo	- Técnica de Laboratório, em substituição a Juçara C. de Castro.
- Décio de Oliveira	- Técnico de Laboratório, em substituição a Eduardo Amaral.
- Grace Helen da Silva	- Aux. de Laboratório
- Alexandre José Tavares	- Aux. de Laboratório

Todos esses técnicos foram contratados a partir de 01/03/78.

2.3 Pessoal Administrativo:

- Urias Acácio Lamounier	- Motorista
- Jadir de Oliveira	- Aux. de Asseio e Conservação
- Humberto Soares	- Aux. de Asseio e Conservação

Este último terá lotação no Rio. Todos os demais elementos contratados ficaram lotados no Posto de Bambuí, incluindo o médico Luiz Antonio Camacho, que residirá no Posto, e desenvolverá atividades em tempo integral.

O pessoal administrativo acima referido também foi contratado a partir de 01/03/78.

Do pessoal científico proposto do Projeto, ainda não tiveram seus contratos assinados o Dr. Wille Oigman, proposto como Pesquisador Assistente, e o Dr. Paulo Ginefra, proposto como Pesquisador Associado, ambos com recursos da FINEP, o que deverá ocorrer em breve.

Quanto à Secretária do Projeto Neide da Silveira Carrara, está desenvolvendo atividades em tempo parcial no Projeto, devendo brevemente ser designada para exercer suas atividades em tempo integral.

3. ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAL.

3.1 Equipamentos de Pesquisa

Foram adquiridos três tensiômetros Tycos, acompanhados dos estetoscópios da mesma marca.

Foi adquirido o Eletrocardiógrafo de três canais que permitirá registro, também, de fono-cardiograma e de pulsos arterial e venoso. Foi autorizada a aquisição do Tele-Termômetro com registrador. Quanto aos demais equipamentos científicos, como Reflexógrafo e o Kit para fundo de olho já foram tomadas as providências para sua aquisição. Na contrapartida da Fundação foram fornecidos para Bambuí o Microscópio para Imunofluorescência, 3 (três) Negatoscópios, 3 (três) Bujões de Nitrogênio para Crio-preservação de Cepas de Tripanossomas, e está sendo providenciada a aquisição do material para processamento de Patologia Clínica. Devo ressaltar a importância das providências no sentido de serem feitos os reparos no aparelho Phillips de Raios "X", instalado no Posto de Bambuí e que estava sem uso há 6 (seis) anos, por falta de reparos elementares, que custaram aproximadamente Cr$ 23.000,00 (vinte e três mil cruzeiros). Hoje o aparelho está em pleno funcionamento, permitindo tirar Radiografias contrastadas do Esôfago, Radiografias Torácicas, bem como Radiografias do Aparelho Digestivo.

3.2 Equipamentos Auxiliares

Foi adquirida a máquina de datilografia elétrica IBM-82 C, e estão sendo tomadas as providências finais para aquisição da calculadora eletrônica HP-25 C e do projetor de Slides Kodak Carrossel Zoom, bem como do equipamento para documentação fotográfica.

3.3 Utensílios

Adquiriu-se um conjunto de utensílios para escritório, destinado à montagem da bibliografia especializada, e constituído por 1 rotulador, compasso de precisão, perfurador, réguas de aço, 2 fichários e outros materiais previstos no Projeto.

3.4 Livros e Periódicos

Foi feita uma seleção de livros modernos, especializados, relacionados com os objetivos do Projeto. A lista inclui cerca de 35 volumes, a quase totalidade dos quais sujeita a importação.

4. BILIOGRAFIA.

A preparação da biliografia especializada sobre Doença de Chagas, com a reprodução em xerox dos trabalhos fundamentais, está adiantada. Já foram conseguidos catálogos bibliográficos que cobrem o período 1909 - 1973 e estamos recolhendo elementos para atualizar a bibliografia até o momento atual. Através do index-médicus estamos selecionando os trabalhos dos últimos 4 anos, afim de que fique completamente atualizado o catálogo bibliográfico. Da relação bibliográfica foi feita reprodução em xerox de cerca de 98 trabalhos, totalizando 1584 páginas, os quais estão sendo devidamente classificados e que cobrem vários aspectos da bibliografia sobre Doença de Chagas.

Essa providência básica permitirá desde logo que o grupo se atualize e se mantenha com todas as facilidades para consultas a trabalhos que estão esparsos em várias revistas nacionais e estrangeiras.

5. VIAGENS.

Apenas duas viagens foram feitas pelo coordenador: uma ao Rio Grande do Sul para estabelecer contatos iniciais com a Secretaria Estadual de Saúde, objetivando a realização de inquérito longitudinal naquele Estado; a outra a Belo Horizonte-Bambuí, para visita inicial de verificação das condições locais do Posto e apreciação das suas necessidades mais urgentes.

Uma passagem RIO/BH/RIO foi fornecida a um dos pesquisadores da UFRJ que está realizando trabalho conjunto conosco.

6. TRABALHOS INICIADOS.

6.1 Inquérito sobre a prevalência da Doença de Chagas entre pacientes do Leprosário de Bambuí, objetivando-se principalmente a seleção de casos em que haja concomitância das duas doenças, Lepra e Doença de Chagas, para estudos imunológicos e de outra natureza.

6.2 Ensaio Piloto de pesquisa da forma digestiva da Doença de Chagas através da abreugrafia do esôfago, paralelamente com a

sorologia e eletrocardiograma de pacientes crônicos. Estudados 120 casos.

6.3 Levantamento preliminar da prevalência e morbidade da Doença de Chagas no Norte de Minas. Concluida a sorologia de 400 pacientes, dos quais foram tomados cerca de 200 eletrocardiogramas.

6.4 Em colaboração com a equipe de Imunologia do Instituto de Microbiogia da UFRJ foi elaborado um trabalho sobre anticorpos antimiocárdicos em macaco Rhesus, que havia sido infectado com Tripamossoma cruzi nesta Fundação há cerca de 30 anos, e que sobrevive em boas condições aparentes de saúde. O trabalho foi aceito para publicação no American Journal of Tropical Medicine and Hygiene e está em impressão - (1978).

6.5 Com o mesmo grupo foi iniciado trabalho sobre a significação clínica e o valor diagnóstico dos anticorpos antimiocárdicos em casos humanos de infecção crônica e em casos de cardiopatia crônica chagásica. Pretende-se examinar 200 pacientes. Foram colhidos soros de 20 casos, e está em andamento a coleta de material pelo pessoal do Posto de Bambuí.

6.6 Em colaboração com o grupo de epidemiologia da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, foram tomadas as primeiras providências para realização de trabalho de re-exame de pacientes que foram objeto de inquérito feito pelo antigo Serviço Nacional da Malária, em 1953-1954, em 4 (quatro) municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Boa parte dos Eletrocardiogramas desses pacientes foi localizada no Hospital Evandro Chagas. Far-se-á uma tentativa de re-examinar o maior número desses casos, tanto do grupo positivo quanto no grupo negativo naquela época, verificando suas condições atuais. Constitui precioso material, a ser comparado em 2 (dois) exames feitos com intervalos de 25 (vinte e cinco) anos.

7. PROSSEGUIMENTO DE TRABALHOS QUE VINHAM SENDO REALIZADOS EM BAMBUÍ.

7.1 Desenvolvimento experimental de novas técnicas para o

diagnóstico parasitológico da infecção crônica (trabalho em colaboração com a UFMG, através do Professor Egler Chiari).

7.2 Resultados preliminares de hemoculturas em meio LIT de 70 (setenta) pacientes: 55% (cinquenta e cindo) de positividade contra 30% (trinta) de positividade do xenodiagnóstico convencional de Schenone.

7.3 Comparação do resultado do Xenodiagnóstico com emprego das espécies dipetelogaster máximus e triatoma infestans.

7.4 Levantamento em Luz e Brumadinho, MG, para avaliação da prevalência e morbidade da Doença de Chagas entre trabalhadores adultos do sexo masculino: estudados respectivamente 400 (quatrocentos) e 220 (duzentos e vinte) pacientes.

8. Recursos Financeiros

A situação do Projeto em 31/12/77, conforme prestação de contas à FINEP, é a seguinte:

Itens de dispêndio \ Recursos	APROVADO	TOTAL 77	TOTAL 78	LIBERADO	DESPESAS	SALDO (DO LIBERADO)	SALDO (DO TOTAL)
1.2 Equip. de pesquisa	219 000	219 000	-	219 000	-	219 000	219 000
1.3.1 Móveis e utensílios	20 000	20 000	-	20 000	367	19 633	19 633
1.3.2 Equip. Auxiliares	87 000	87 000	-	87 000	-	87 000	87 000
1.4.1 Livros e periódicos	60 000	30 000	30 000	30 000	-	30 000	30 000
1.4.2 Documentação diversa	15 000	10 000	5 000	10 000	-	10 000	10 000
2. Despesas operação							
2.1.1 Pessoal Científico	642 800	221 600	421 200	221 600	-	221 600	642 200
2.1.2 Pessoal Técnico	360 000	121 600	238 400	121 600	-	121 600	360 000
2.1.3 Pessoal Administrativo	179 600	61 600	118 000	61 600	-	61 600	179 600
2.2.2 Materiais diversos	30 000	10 000	20 000	10 000	1 300	8 700	28 700
2.4.1 Consultoria	75 000	25 000	50 000	25 000	-	25 000	75 000
2.4.2 Serv. inst. e manut.	10 000	5 000	5 000	5 000	-	5 000	10 000
2.5.1 Viagens/diárias	293 000	111 000	182 000	111 000	3 657	107 433	289 343
2.5.2 Outros itens	45 000	20 000	25 000	20 000	-	20 000	45 000
T O T A L	2 036 400	941 800	1 094 600	941 800	5 234	936 566	2 031 166

Do quadro acima se depreende que praticamente não houve despesas durante o exercício. Isto se deve a que o projeto, encaminhado em abril de 1977 à FINEP, somente teve os seus recursos liberados em meados do mes de novembro. Este fato, junto às demoras em processar as solicitações na FIOCRUZ, não permitiu a execução financeira como previsto.

PROJETO PEPPE - 21.2

Importância de Vertebrados não humanos na Epidemiologia de Esquistossomose Mansônica

SUMÁRIO DO PROJETO

O projeto tem por objetivo determinar a importância epidemiológica dos reservatórios vertebrados não humanos, especialmente roedores, na esquistossomose mansônica.

É nosso propósito utilizando e desenvolvendo as técnicas ecológicas empregadas por Dias 1976 e outros autores, e modelos matemáticos, tentar determinar a importância relativa da presença de roedores infectados na manutenção do ciclo do Schistosoma mansoni, na área de estudo selecionada.

Apesar dos inúmeros trabalhos até hoje publicados, não encontramos nenhum, em que se determinasse a importância real da presença de infecção natural por Schistosoma mansoni em roedores, na manutenção do ciclo deste parasita em natureza.

Entre os trabalhos mais completos, está o de Dias 1976, que em tese de doutoramento apresenta numerosos dados a respeito de infecção natural de Holochilus brasiliensis leucogaster em áreas delimitadas no Estado de São Paulo.

Nesta tese, o autor desenvolve metodologia com emprego de técnicas ecológicas que permitem determinar as características do ciclo vital e hábitos do hospedeiro vertebrado, possibilitando coleta de dados indispensáveis para a análise da importância relativa deste hospedeiro na manutenção do ciclo do parasita. Esta abordagem ecológica é nova em relação à maioria dos trabalhos anteriormente publicados, e por permitir o estudo do hospedeiro vertebrado e dos demais fatores relevantes ao ciclo do parasita, em condições naturais, supera técnicas anteriormente empregadas.

Na tese citada (Dias 1976), entretanto, apesar do grande número de dados recolhidos, o autor não chega a conclusão definitiva a respeito do papel do Holochilus brasiliensis na epidemiologia da esquistossomose, na região estudada. O próprio autor aponta para a necessidade de estudos posteriores e a possível utilidade do emprego de modelos matemáticos no estudo do problema em questão.

A abordagem ecológica permite que o estudo em condições as mais naturais possíveis do ciclo da esquistossomose nos animais, possibilitando considerar fatores de importância epidemiológica como a área ocupada e percorrida pelos animais, seus hábitos e ciclo vital na natureza, características climáticas da área de estudo, vegetação, etc.

Falamos em condições "as mais naturais possíveis" pois é provável que a instalação das armadilhas e linhas de capturas possam alterar os hábitos dos animais na área de estudo. No entanto, apesar disto consideramos esta abordagem útil para o estudo simultâneo de um grande número de fatores de importância epidemiológica e sem dúvida superior a outros métodos já utilizados como o estudo da infecção em condições semi-naturais em espaços confinados.

A formação ulterior de modelos matemáticos, possibilitará a determinação da importância quantitativa dos diversos fatores considerados, na manutenção do ciclo da esquistossomose na área em estudo.

I. PRODUÇÃO

1 - Atividades no período

1.1 - Descrição das atividades

Inicialmente procurou-se fazer um estudo da região com a finalidade de escolher duas áreas, que fossem significativamente diferentes, em relação à presença de população humana.

Assim foi possível identificar dois vales e uma fazenda, onde se pratica agricultura e portanto com pre-

sença constante de população humana, e uma reserva onde se localiza o abastecimento de água da cidade, e onde é proibido a entrada de pessoas, embora se saiba que esporadicamente, alguns caçadores burlam a vigilância e penetram nessa área.

Obtivemos ainda uma série de informações sobre a região: localização geográfica, altitude, clima, população, atividades econômicas, atividades médico-sanitárias, etc... bem como um breve histórico da formação do município.

Procurou-se ainda nessa fase, através de capturas esparsas, determinar as espécies de roedores silvestres mais frequentes na área, que pudessem ter relação com o ciclo da Xistosomose.

Foram realizadas capturas de roedores e de planorbideos no vale da Porteira Verde, no açude da Fazenda do Silvino e no Vale do Pamparrão, no Município de Sumidouro.

Os roedores foram submetidos a exame parasitológico das fezes, pelos métodos de Kato e de Lutz para determinação dos índices de infecção e taxas de eliminação de ovos. Foram feitos 10 exames de cada animal em dias alterados, após o que os mesmos foram sacrificados para exame anátomo patológico.

Procurou-se determinar ainda, qualitativa e quantitativamente, a fauna helmintológica dos mesmos.Os Planorbideos foram examinados com a finalidade de se determinar infecção por S. mansoni, bem como por outros trematodeos.

Foram inoculados caramujos, a partir de Miracídios isolados de Nectomys com finalidade de isolamento de cepa.

1.2 - Resultados obtidos

Foram capturados até o momento 13 exemplares de Nectomys Squamipes dos quais 10 estavam positivos pa

ra ovos de Sm. De 4 exemplares de Rattus ratus nenhum se mostrou positivo.

O quadro I mostra a quantidade de ovos de Sm eliminados em 10 contagens.

Foram capturados ainda 146 exemplares de pla norbídos, sendo que todos se mostraram negativos para qualquer espécie de trematodeo.

5 exemplares de Nectomys squamipes foram submetidos a exame histopatológico pelo Dr. Alexandre Alencar.

Contagem de ovos de Sm. em feses de Nectomys squamipes

(Método de Kato)

Animal nº	Exames (ovos por gr. de feses)									
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
2	48	168	72	96	240	0	0	72	24	0
3	0	72	24	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	48	0	0	0	48	0	0	0
7	0	0	24	0	0	0	24	0	0	0
13	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	24	0	0	0	0	48	0	24	0
18	0	0	0	48	0	0	0	24	24	0
19	Positivo pelo método de sedimentação									
20	"	"	"	"	"					
21	48	0	0	0	0	-	-	-	-	-

1.3 - Originalidade dos resultados:

Nenhuma até o momento digna de nota.

2 - Comentários

O trabalho foi iniciado há 3 meses, tendo sido encontradas as seguintes dificuldades:

1º - Dificuldades técnicas, relacionadas com problemas de quantificação de populações animais; incluindo métodos matemáticos complexos, que nos levaram a gastar nesta parte do trabalho mais tempo do que imaginávamos inicialmente.

2º - Apesar dos recursos aprovados e liberados pela FINEP, dificuldades de ordem administrativa quanto ao material e aos recursos por nós solicitados, levaram a que até o presente momento, tenhamos apenas recebido o contrato do aluguel de uma casa, na localidade, que já está assinado.

Não recebemos ainda o material necessário para instalação da casa, de maneira que se torne habitável, (cama, mesa, armários... etc). bem como para pequenas obras que nos permitam instalar um laboratório na mesma.

De importância fundamental entretanto,nos tem faltado um carro para deslocamentos e transportes de animais na área, o que tem tornado extremamente difícil as condições de trabalho.

II. RECURSOS HUMANOS

O Projeto previa na sua proposta original o seguinte pessoal científico:

Coordenador: Dr. Luiz Fernando Ferreira
Professor Titular e atual Diretor da ENSP

03 Pesquisadores:

- Paulo Rosito Barata, matemático. A ser contratado pelo Núcleo Central do PEPPE, mas posteriormente admitido por concurso na ENSP como Professor Assistente. Durante o processo de aprovação do Projeto, o Dr. Paulo R. Barata aquiriu outros compromissos que o impossibilitaram de assumir as atividades para as quais tinha sido proposto.

- Diana Maul de Carvalho, médica, prevista para ser contratada pelo Projeto com recursos do FNDCT. Esta profissional desistiu de colaborar na Pesquisa, devido a demora na aprovação do Projeto, além de outros compromissos contraídos no entretanto. No seu lugar, foi contratada Maria Auxiliadora de Oliveira, médica, em 27/12/77.

- Maria Lúcia da Silva, bióloga, pertencente ao quadro da ENSP e atualmente colaborando com a Pesquisa.

Devido às novas tarefas do Coordenador, incorporou-se ao Projeto o biólogo Miguel Alves de Souza, Pesquisador Assistente da ENSP, que terá a seu cargo a sub-coordenação da Pesquisa e a supervisão do trabalho de campo.

Para o pessoal técnico, previa-se:

a) A complementação salarial de um assistente de laboratório da ENSP, que não foi efetivada, embora esteja executando tarefas de apoio no Projeto.

b) A contratação com recursos do FNDCT de 2 auxiliares de Pes - quisa, cujos processos aguardam resolução na FIOCRUZ.

III. RECURSOS MATERIAIS

Tão pronto foi liberada a primeira parcela dos recursos deste Projeto (04.11.77), se providenciou a aquisição da maioria dos elementos materiais previstos no orçamento.

Por razões de administração interna, quase todos os itens foram adquiridos diretamente pela FIOCRUZ com recursos próprios (ou seja, não estipulados como contrapartida). Outros itens tais como armadilhas para caça de ratos, não estão disponíveis no mercado.

Face ao pleno desenvolvimento da pesquisa em 1978, se está procedendo à revisão das previsões em equipamentos e material permanente, com o objetivo de atualizá-las.

IV - EXECUÇÃO FINANCEIRA

A situação financeira do projeto apresentou o seguinte quadro em 31/12/77 (*)

Item de Dispêndio	Aprovado	Total 77	Total 78	Liberado	Despesas	Saldo do Liberado	Saldo do Aprovado
1. Despesas de Investimento							
1.2 Equipamentos de Pesquisa	66.000	66.000	-	66.000	-	66.000	66.000
1.3.1 Móveis e utensílios	23.200	23.200	-	23.200	-	23.200	23.200
1.3.2 Equipamentos auxiliares	4.000	4.000	-	4.000	-	4.000	4.000
1.4.1 Livros e periódicos	15.000	5.000	10.000	5.000	-	5.000	15.000
1.4.2 Documentação diversa	10.000	5.000	5.000	5.000	-	5.000	10.000
2. Despesas de Operação							
2.1.1 Pessoal Científico	507.600	175.200	332.400	109.500	-	109.500	507.600
2.1.2 Pessoal Técnico	401.200	138.400	262.800	86.500	-	86.500	401.200
2.2.2 Materiais Diversos	50.000	25.000	25.000	25.000		25.000	50.000
2.4.1 Consultoria	100.000	50.000	50.000	-	-	-	100.000
2.5.1 Viagens e Diárias	157.400	78.700	78.700	78.700	1.652	77.048	155.748
2.5.2 Outros itens	55.000	25.000	30.000	15.000	-	15.000	55.000
T O T A L	1.389.400	595.500	793.900	417.900	1.652	416.248	1.387.748

De acordo com o quadro apresentado, praticamente não houve despesas no periodo de dois meses compreendido desde a liberação da verba (em 04.11.77) até o encerramento do exercício (31.12.77), embora tenha-se tomado uma série de providências que implicavam na execução orçamentária prevista no Projeto, v.gr., contratação de pessoal, compra de materiais e viagens.

A nova dinâmica imprimida à pesquisa, certamente permitirá maximizar a utilização dos recursos, afetada que foi com a imprevisível demora de seis meses na aprovação do Projeto e liberação da verba ocorrida na FINEP.

ÁREA 30.0

ESTUDOS CONJUNTURAIS

PROJETOS PEPPE 30.0

ÁREA DE ESTUDOS CONJUNTURAIS

OBJETIVOS:

Esta área visa estimular o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e sócio-econômico em saúde em associação com outras entidades e investigadores da comunidade científica nacional.

I. Produção

1. Atividades Realizadas

A área de Estudos Conjunturais do PEPPE pode ter sua origem referida ao Sub-Projeto 07.1 do PESES de Financiamento Externo-Apoio a Pesquisas e Estudos.

De acordo com a proposta do Presidente da FIOCRUZ em 30 de setembro de 1975 e com a aprovação da Comissão Supervisora em fevereiro de 1977, foi aberta uma linha de Financiamento Externo a. Instituições e grupos de pesquisa que estivessem trabalhando na área de interesse dos Programas PESES e PEPPE.

Como resultado desta decisão foram encaminhados mais de 20 projetos aos Programas, quer diretamente ou através do Dr. João Yunes, membro da Comissão Supervisora e Assessor do Ministro da Saúde. Deste grupo inicial foram selecionados pelo Núcleo Central do PEPPE doze projetos que, após a aprovação pela Comissão Supervisora foram encaminhados à FINEP.

A FINEP aprovou 10 destes projetos e liberou os recursos à FIOCRUZ em 13 de setembro de 1077, sete meses após.

Em agosto de 1977 já havia sido enviada à apreciação do Administrador do PESES/PEPPE a proposta de um modelo de contrato entre a FIOCRUZ e os pesquisadores externos e a minuta das Normas e Instruções de Acompanhamento dos Projetos desta área.

Em 21 de outrubro de 1977 foram enviadas cartas aos pesquisadores externos comunicando a aprovação dos créditos para os

seus projetos pela FINEP, mas afe o início de março aguarda-mos a definição da Superintendência de Administração Geral (SAG) e respeito do "modus operandi" que permitisse viabilizar estas pesquisas , apesar dos contatos mantidos com os assessores do SAG para tratar do assunto.

Cabe aqui ressaltar que várias cartas tem sido recebidas dos pesquisadores envolvidos nos projetos externos, demonstrando preocupação com a demora do processamento nas várias etapas de aprovação em função das dificuldades de se manterem os grupos interessados e da desatualização dos orçamentos.

O único projeto conjuntural que foi desenvolvido foi o projeto 33.2 "Doenças Crônicas e Degenerativas: Um Estudo de Conjuntura Sanitária" sob a coordenação do Dr. Eduardo de Azeredo Costa, da própria ENSP, que por não necessitar do mecanismo de repasse externo de financiamento pode ser desenvolvido, apesar de não ter contratado os recursos humanos que propunha devido ao retardo de aprovação pela FINEP. Este projeto serviu como subsídio para a elaboração de um dos projetos estruturais que estão sendo encaminhados."Hipertensão Arterial: Uma Perspectiva Sócio-Ecológica".

II - RECURSOS HUMANOS

No momento em que está sendo escrito este relatório fomos autorizados pelo Assessor Técnico da Presidência a enviar cartas aos pesquisadores com projetos aprovados para saber se continuam interessados na realização das pesquisas, uma vez que foi decidida a maneira de serem repassados os recursos.

Em função do exposto acima os recursos humanos utilizados foram os Drs. Eduardo de Azeredo Costa e Carlos Henrique Klein que como membros do Núcleo Central não implicaram em despesas extras.

III - RECURSOS MATERIAIS

Não foram adquiridos os equipamentos e materiais previstos no conjunto de projetos pelas razões acima expostas.

IV - RECURSOS FINANCEIROS

A FINEP aprovou a concessão de recursos provenientes do FNDCT no total de Cr$ 2.191.600,00 para execução de 10 projetos de pesquisa e liberou em 13/09/77 o valor de Cr$ 1.529.600,00 . Esta quantia - como já se mencionou - está retida na área financeira da FIOCRUZ à espera da formalização dos mecanismos que permitam repassar os recursos aos coordenadores dos projetos.

Neste sentido, e face ao tempo transcorrido, estão sendo tomadas providências ante FINEP para sustar o recolhimento dos recursos concedidos.

/guo.

A N E X O 1

PEPPE - NOVO PLANO DE AÇÃO

PEPPE - NOVO PLANO DE AÇÃO

Anexo 1

INTRODUÇÃO

A integração do PEPPE é consequência direta de interrelações disciplinares - consequentes à tomada da saúde como objeto de estudo e da racionalidade operativa.

Em verdade, o próprio convênio que deu origem aos programas encaminha essa integração. Mais ainda, os custeios administrativos e de capacitação de infraestrutura, na busca daquela racionalidade, sempre estiveram definidos como oriundos do PEPPE e que serviriam também ao PESES.

Razões conjunturais, no entanto, levaram a que o PESES fosse implantado antes do PEPPE, gerando a partir daí um efeito exatamente oposto à linha perseguida-uma maior separação entre ambos os programas.

A operação de integração, pois que era vista como espontânea e natural, passou a requerer uma intervenção mais global, inclusive com uma reorganização administrativa e programática do que vem se fazendo até aqui.

A presente proposta visa a ordenar tal intervenção.

DOS OBJETIVOS

Mantidos os objetivos de ambos os programas - desenvolver estudos econômicos - sociais, epidemiológicos e populacionais e apoiar a formação de recursos humanos voltados para investigação nessas áreas - cumpre distinguir quatro áreas básicas em que se ocuparão os projetos específicos:

I. Área de Estudos Estruturais
II. Áreas de Estudos Conjunturais
III. Área de Docência e Ensino
IV. Área de Apoio a Projetos Prioritários da FIOCRUZ.

A seguir se apresenta uma visão da cobertura de tais áreas e previsão de recursos a serem alocados às mesmas.

I - ÁREA DE ESTUDOS ESTRUTURAIS

A Epidemiologia e População

A Epidemiologia tomada como objeto de estudos da determinação e da distribuição das doenças tem sido caracterizada como um método de análise dos fenômenos mórbidos coletivos e assim enquanto método, o seu desenvolvimento está necessariamente relacionado com a natureza dos problemas abordados.

Em seu histórico, a Epidemiologia desenvolveu-se a partir dos estudos de Snow concentrando-se basicamente sobre as doenças transmissíveis para depois passar a estudar as não transmissíveis principalmente nos países desenvolvidos, o que resultou em considerável evolução em seu instrumental metodológico. Recentemente dois novos tipos de problemas tem sido colocados como alvo de estudo. O primeiro, referindo-se aos fenômenos vitais que liga toda a discussão sobre a operacionalização do conceito de saúde como um fato positivo (e não a ausência de doenças) e o segundo, que envolve os fenômenos de determinação espacial das doenças exigindo para o seu estudo a definição de uma área interdisciplinar com as Ciências Sociais.

O quadro de morbidade nacional revela-se como uma composição entre doenças transmissíveis e não transmissíveis em contextos sociais extremamente diversificados de tal maneira que o problema que a ciência separa para fins de análise é colocado diante da saúde pública como uma unidade de intervenção extremamente complexa que exige soluções próprias.

Deste ponto de vista, uma das tarefas que se impõe para investigações comprometidas com a melhoria das condições de saúde das populações é o desenvolviemento de metodologias apropriadas ao nosso contexto social e a nossa problemática de saúde.

A área de Estudo Estruturais em Epidemiologia e População tem como objetivo fundamental o desenvolvimento de estudos substantivos que permitam o desenvolvimento metodológico adquado, bem como a produção de uma tecnologia nacional de controle das condições mórbidas.

B - OBJETIVOS

1. Investigações substantivas de problemas específicos de saúde/doença e população;
2. Investigações de problemática de saúde/doença consideradas em uma unidade complexa de determinados contextos sociais;
3. Investigações metodológicas de combinação de metódo epidemiológico e das ciências sociais;
4. Estudos de modelos de quantificação e análise de problemas de saúde/doença.

C - RECURSOS

Os recursos para esta área deverão ser especificados em orçamento próprio na medida em que se contrate os investigadores e que estes elaborem seus projetos de pesquisa devendo ser da ordem de 3 milhões de cruzeiros. Os recursos para a contratação dos pesquisadores serão especificados no Projeto 01.

D - CIÊNCIAS SOCIAIS

A área de estudos estruturais em ciências sociais é constituida pelo atual PESES, que deverá se integrar ao restante do programa sem no entanto sofrer nenhuma modificação agora, ficando sua adquação final prevista para um momento em que o próprio desenvolvimento conjunto dos programas surgira as melhores formas.

II - ÁREA DE ESTUDOS SOBRE CONJUNTURAS SANITÁRIAS

A idéia básica que norteia a constituição desta área é o fato de que em vários setores da Saúde Pública no Brasil existe um volume ponderável de conhecimento acumulado, sem qualquer sistematização. Desta forma, a própria definição das áreas prioritárias de pesquisa que ja se tenhalevantado o conhecimento adquirido em cada uma delas, sistematizando-o e estruturando-o de maneira a que se possa perceber facilmente suas falhas e lacunas.

Pretende-se, assim, constituir grupos flexíveis de estudo que após um trabalho de curto prazo - 3 ou 4 meses - possam dar um quadro geral de determinadas problemáticas - não só no tocante ao conhecimento teórico, como também referido à própria atuação institucional. A partir do domínio do conhecimento já adquirido, pode-se, com muito mais segurança, definir as próprias linhas de pesquisas "estruturais".

É preciso ficar assentado que, embora tal tipo de conhecimento seja de grande importância para o planejamento e para a execução das atividades de Saúde Pública e, evidentemente, tomar-se-á todas as providências para que ele chegue às pessoas encarregadas- a definição das pesquisas deverá se dar internamente ao PEPPE/PESES, na preocupação de se manter uma coerência a nível dos trabalhos ali realizados, e para evitar que tais programas sofram as naturais oscilações que são consequência da atividade cotidiana de execução.

A nosso ver, as áreas de pesquisa abaixo relacionadas - e que serão desenvolvidas à medida em que se disponha de pessoal capacitado - são uma amostra concreta da preocupação da coordenação do programa com a realidade brasileira.

A. Problemas de Saúde Pública - Nesta área, os estudos voltar-se-ão para as enfermidades, deficiências estruturais e eventos nocivos, que afetam a saúde da população brasileira; buscar-se á aqui, levantar a sistematizar o conhecimento teórico já disponível - apresentando como produto final uma bibliografia temática comentada - bem como traçar um quadro histórico, quantitativo e distribucional dos eventos, mostrando a forma em que afetam a saúde da população brasileira, e ainda, quando for o caso, apresentar um quadro das instituições envolvidas com a questão, seus aspectos legais, etc.

Sempre que possível, o resultado final deverá ser ou sugestões de atuação imediata, ou sugestões de linhas de pesquisa a serem desenvolvidas.

B. Estudos sobre Planejamento e Atenção à Saúde - A preocupação maior, neste item, é também a de desenvolver e principalmente sistematizar o conhecimento referente ao planejamento e à execução dos atos de Saúde Pública propriamente ditos, e também os referentes ao ato médico individual.

É fundamental que fique assentado que a contribuição ao planejamento e à ação propriamente ditos é apenas mediata: os resultados dos trabalhos poderão ser utilizados pelos setores executivos do Ministério e do Governo, porém esta área não pode nem deve ser confundida com o planejamento e a execução propriamente ditos. O diálogo permanente garantirá o conhecimento mútuo das ações, mas as linhas específicas de estudos e pesquisas deverão ser determinadas internamente ao PEPPE/PESES, na busca da coerência de longo prazo já referida.

C. Informações Bio-Estatísticas - Aceitando como fundamental a importância das informações bio-estatísticas, e reconhecendo a precariedade das mesmas atualmente no Brasil, esta área é concebida como uma forma de tentar desenvolver uma atuação de caráter permanente, a nível teórico e prático. Assim, deverão ser desenvolvidos estudos que resultem em sugestões de atuação ou de posterior aprofundamento, como também pensa-se em efetuar levantamento dos métodos e instituições existentes com vistas a posteriores sugestões práticas, no que se refira à vigilância epidemiológica.

Cabe aqui também o destaque de que não se trata de formar mais um grupo executivo, e sim de formar um grupo de apoio à pesquisa na área e só secundariamente de apoio à ação.

Integrado nesta área de ação, deve ser incluido o "Projeto de Estudos de Oportunidades Epidemiológicas", já aprovado pela Comissão Supervisora.

III - ÁREA DE ENSINO E DOCÊNCIA

A área de Ensino e Docência obedecerá às diretrizes da Política de Ensino da Fundação Oswaldo Cruz e objetivos dos programas PESES/PEPPE visando a formação de Recursos Humanos para as ações de saúde coletiva.

Para tanto deverá colaborar na formação desses recursos participando da realização de Cursos, da Residência em Saúde Pública e de um projeto da Área Docente - Assistencial.

Nessa área três são os projetos prioritários.

PROJETO 1. Colaboração em Cursos de Formação de Recursos Humanos para as ações de saúde coletiva.

Na área da Epidemiologia participará visando dar condições suficientes de equipamentos e pessoal docente para os cursos ministrados pela ENSP além de prestar-lhes assistência técnico-administrativa. Este projeto é concebido, na área da Epidemiologia , segundo uma sequência lógica e metódica de ações de docência e pesquisa composto de três módulos, suficientes cada um em si mesmo e complementares entre si.

Primeiro Módulo: Curso de Especialização em Epidemiologia

Destinar-se-á a profissionais que já trabalham em Saúde, recêm-formados ou concluintes de Cursos de Saúde Pública.A conclusão deste módulo capacitará o profissional para atuar como especialista em Epidemiologia em qualquer nível da organização dos serviços de saúde.

Segundo Módulo: Curso Avançado de Epidemiologia

Já em realização durante o presente ano conta com a colaboração do PEPPE. Destina-se a pessoal voltado para a docência e pesquisa em Epidemiologia aprofundando seus conhecimentos nesses setores.

Terceiro Módulo: Mestrado em Epidemiologia

Adotará o sistema que permita a consideração de créditos obtidos nos dois primeiros módulos ou cursos equivalentes. Terá seu eixo de interesse voltado para a elaboração de teses de mestrado além dos créditos complementares necessários. Neste terceiro módulo o Programa terá uma participação especial financiandoa realização das teses dos mestrados.

Na área das Ciências Sociais fortalecerá o recém-criado Departamento de Ciências da ENSP colaborando com a organização de seu programa de trabalho bem como com o aprimoramento de seu corpo docente através da realização de cursos na área das Ciências Sociais aplicadas à Saúde.

Ainda dentro da FIOCRUZ, deverá ter uma participação ativa junto aos demais Cursos de Pós-Graduação, colaborando com os seus conhecimentos nos campos da Epidemiologia, Estudos Populacio-

nais e Ciências Sociais.

Da mesma maneira prestará assistência técnica-docente a outros cursos em desenvolvimento no país que realizam trabalho coincidente com seus objetivos bem como a núcleos de Medicina Social e Epidemiologia de outras instituições universitárias.

PROJETO 2. Residência em Saúde Pública

Complementarmente às ações desenvolvidas pela ENSP este projeto visará estabelecer um sistema de avaliação permanente do funcionamento da Unidade Sanitária Germano Sinval de Faria, bem como do nível de saúde da comunidade por ela assistida. Nessas avaliações especial atenção será dada à discussão de indicadores de nível de sáude de uma comunidade e da eficiência e eficácia dos trabalhos da Unidade desenvolvendo a partir daí práticas alternativas de atenção médico-sanitária.

Este projeto visará prioritariamente colaborar na formação de profissionais de nível superior, sem experiência anterior em serviços de saúde, para a assistência médico-sanitária voltada para problemas de saúde. Para responder a esse objetivo pretende-se iniciar a residência para profissionais de outras áreas do conhecimento além dos da área médica como Psicólogos, Assistentes Sociais e Nutricionistas, bem como desenvolver formas particulares de treinamento em serviços para outros profissionais da área das Ciências Sociais.

PROJETO 3. Área Docente-Assistencial

Como nos anteriores, este projeto terá uma participação substantiva no estabelecimento da área Docente Assistencial sob responsabilidade da ENSP/FIOCRUZ realizando ações de avaliação do programa como um todo e pesquisas epidemiológicas e sócio-econômicas.

Este projeto distingue-se dos demais também por representar para PESES/PEPPE uma forma de captação de recursos financeiros. Os projetos deverão responsabilizar-se pela ampla divulgação dos trabalhos realizados e de seus resultados, bem como pela publicação dos mesmos em revistas nacionais.

Para este fim integrar-se-ão ao Projeto 08 do PESES no relativo a distribuição de bibliografia na área.

Finalmente, e à medida em que estes projetos se desenvolvam, terá o PESES/PEPPE condições de prestar mais ampla e permanente assistência e colaboração a outras instituições fora do âmbito da FIOCRUZ nas áreas de ensino e pesquisa de Epidemiologia e Ciências Sociais.

Estimativa de Custos: Estima-se, para o desenvolvimento desses três projetos prioritários na área de Ensino e Docência um montante de: Cr$ 5.500.000,00 (cinco milhões e quinhentos mil cruzeiros) em seus dois anos de duração.

IV - ÁREA DE APOIO A PROJETOS PRIORITÁRIOS

A atuação do PESES/PEPPE seria incompleta se não participasse dos Projetos Prioritários da FIOCRUZ.

Em verdade, desde que a doença de Chagas e a esquistossomose são prioridades nacionais nos campos da saúde e da ciência e tecnologia a FIOCRUZ no cruzamento de ambos os campos teria que elegê-los como prioridades máximas. E, pela própria natureza destes problemas a epidemiologia tem dado e continuará a dar grande contribuição a seu conhecimento, em particular na busca de medidas de controle. Mas não só alí; como área de debate metodológico em saúde não é possível pensar mais em pesquisa em população ou em grupos de indivíduos, sem a presença do epidemiologista, profissional de que o país é carente e de quem o PEPPE é elemento aglutinador.

A estrutura do PEPPE poderá propiciar, pois, do ponto de vista técnico, o apoio metodológico para o delineamento e análise de resultados de projetos com excepcional aumento de objetividade e eficiência, e, por isso mesmo, a menores custos sociais e financeiros.

Dentro dessa linha de pensamento o PEPPE/PESES deverá atuar em Doença de Chagas e Esquistossomose, de acordo com a viabilidade de envolvimento possível, do seguinte modo:

1. Através de assistência técnica para delineamento de projetos;

2. Através de assistência técnica para o planejamento da análise dos resultados e processamento de dados;

3. Pela articulação com os demais setores da FIOCRUZ interessados no problema para elaboração conjunta de projetos;

4. Pelo apoio financeiro e de pessoal técnico para a execução de projetos oriundos de outras áreas da FIOCRUZ e eventualmente de outras entidades, garantida a participação do PEPPE em um dos itens anteriores.

Para assegurar o desempenho das atividades 1, 2 e 3, o Núcleo Central e de apoio metodológico integrantes do Projeto PEPPE 01 será acionado, não representando, portanto, custos adicionais específicos.

Para o desempenho das atividades do item 4 seriam previstos recursos da ordem de 4 milhões de cruzeiros, oriundos do FNDCT.

ORGANIZAÇÃO

Para atingir os objetivos técnicos do programa manter-se-ia a idéia da constituição de dois núcleos técnicos centrais um para Ciências Sociais e outro para Epidemiologia, que, no entanto contariam com um sub-grupo de técnicos que pertencessem a ambos os núcleos e que se constituiriam na Coordenação do Programa.

Desse modo se espera alcançar uma efetiva integração disciplinar capaz de, à par de manter a independência e autonomia dos dois campos, criar e estimular projetos conjuntos e, mais que tudo, unidade programática.

Esses núcleos centrais serão os centros de elaboração, discussão e apreciação técnica de projetos, bem como, a seus membros competirá desenvolver projetos específicos e executar outras tarefas técnicas necessárias ao desenvolvimento do Programa.

Nesse sentido o Núcleo Central do PESES será basicamente mantido enquanto que o do PEPPE será reorganizado a critério da Coordenação ora designada.

Os projetos aprovados ao nível desses Núcleos Centrais serão encaminhados à Comissão Supervisora (única) que fica mantida (com as adaptações que se fizerem necessárias), já que devem englobar os técnicos que compõem a Coordenadoria do Programa definida acima.

Os recursos para a manutenção do Núcleo Central do PESES já se encontram definidos e para o do PEPPE serão retirados do originalmente projeto PEPPE 00 e montam em cerca de Cr$ 3.500.000,00

(três milhões e quinhentos mil cruzeiros) oriundos do FNDCT.

Para as despesas de funcionamento da Comissão Supervisora a Fundação Oswaldo Cruz dará cobertura financeira.

ADMINISTRAÇÃO

O funcionamento dos Programas será assegurado por uma única estrutura administrativa que, embora essencialmente seja a mesma prevista anteriormente, passaria a compreender uma área de apoio técnico representada por recursos bibliográficos, audio-visual,etc. e, com o destaque necessário, uma Unidade de Elaboração de Projetos, responsabilizada de orçamentar, redigir e estruturar os projetos.

Os recursos alocados à área administrativa seriam da ordem de Cr$ 5.500.000,00 (cinco milhões e quinhentos mil cruzeiros).

/guo.

A N E X O 2

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

DO

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADAS À

SAÚDE - CEPAS

C O N T E Ú D O

1. JUSTIFICATIVA

2. ORGANIZAÇÃO TÉCNICA

2.1. Núcleos Técnicos

2.1.1. Núcleo de Estudos de Doenças Transmissíveis

2.1.2. Núcleo de Estudos de Doenças Não-Transmissíveis

2.1.3. Núcleo de Estudos em Saúde Materno-Infantil

2.1.4. Núcleo de Estudos sobre Organização da Assistência Médico-Sanitária

2.1.5. Núcleo de Estudos para o Desenvolvimento da Metodologia de Indicadores de Morbidade e Mortalidade

2.2. Núcleos de Apoio

2.2.1. Núlceo de Apoio em Processamento e Análise de Dados

2.2.2. Núcleo de Apoio de Documentação

2.2.3. Núcleo de Apoio Técnico-Científico

3. ESTRUTURA BÁSICA DO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADAS À SAÚDE (CEPAS)

4. METAS CIENTÍFICAS

5. RECURSOS HUMANOS

5.1. Pessoal Científico

5.2. Pessoal Técnico

5.3. Pessoal Administrativo

6. RECURSOS FINANCEIROS

Anexo: Projetos de pesquisa

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO DO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADAS À SAÚDE (CEPAS)

1. JUSTIFICATIVA

O Projeto de criação da Unidade Técnica de Estudos Populacionais da Fundação Oswaldo Cruz, justifica-se sob vários aspectos. Antes, no entanto, cabem algumas considerações sobre a trajetória do que se poderia chamar "Pesquisas Populacionais" em Manguinhos. Entendidas metodologicamente como investigações observacionais (em oposição às experimentais) abarcam, grosso modo, a Epidemiologia, a Demografia, parte das Ciências Sociais, bem como alguns aspectos do Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde. Desde a fundação houve em Manguinhos uma nítida preocupação, por parte dos principais cientistas, em privilegiar, ao lado dos objetos Biológico-Experimentais, os aspectos populacionais que contribuissem para a melhor compreensão dos problemas investigados (nota-se que isso ocorreu numa época em que não só a metodologia dos estudos populacionais era muito menos desenvolvida, como principalmente, vivia-se o fastígio da bacteriologia, da fisiologia, etc). Os estudos de Oswaldo Cruz sobre as condições sanitárias do Rio de Janeiro no início do século são exemplos cabais do que afirmamos acima. Durante bastante tempo, ainda perdurou esta proposta multidisciplinar e abrangente na pesquisa realizada no Instituto Oswaldo Cruz. No entanto, a partir de época mais ou menos recente, por razões que aqui não cabe discutir, mas das quais um dos principais indicadores foi a substituição maciça de profissionais com formação capaz de dar conta tanto dos aspectos experimentais quanto observacionais dos objetos de pesquisa poroutros de formação, a nosso

ver, mais limitada, a tendência do estilo da investigação no Instituto Oswaldo Cruz modificou-se, sendo uma das principais características dessa modificação o abandono quase completo da pesquisa populacional. É bem verdade que se manteve importante núcleo de pesquisadores desta área em alguns departamentos da Escola Nacional de Saúde Pública. No entanto, pelas próprias atribuições desta instituição o papel daquele núcleo limitava-se no contato com outros grupos de pesquisa no Instituto Oswaldo Cruz. Estas breves considerações tem o caráter de definir o espírito básico que norteia o projeto apresentado: o de desenvolver a investigação populacional na Fundação, integrando-a, com base nas prioridades definidas pelo Ministério da Saúde, com as linhas de serviço e pesquisa em curso nos diversos órgãos do Ministério, em particular com as realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz.

Tomando como elemento de orientação as "definições de política" na área de Saúde do II PBDCT (Item VII 4, p. 124), onde se lê que "A Pesquisa fundamental orientada e a pesquisa aplicada na área de Saúde podem ser vistas sob dois enfoques, ambos da competência do Ministério da Saúde: aquela voltada para os problemas técnicos-científicos relacionados com o melhor conhecimento de processos mórbidos e os meios de tratá-los e controlá-los; e aquela voltada para a organização da assistência médico-sanitária e dos programas de controle de doenças das comunidades", entendemos que o projeto justifica-se na medida em que cubra, em conjunto e de forma integrada, os aspectos populacionais contidos no espaço de investigações reservadas à Fundação Oswaldo Cruz segundo os projetos prioritários daquele plano. Por outro lado, como foi observado mais acima, a unidade deve ter como uma de suas atribuições básicas a de fornecer respostas às solicitações de outros organismos do Ministério da Saúde, em particular da Fundação, bem como de outras insti-

tuições na área da saúde no que diz respeito ao âmbito de sua competência técnica. Além disso justifica-se também a criação da unidade, na medida em que venha a suprir algumas lacunas na formação de recursos humanos na área de estudos populacionais, tanto do ponto de vista da utilização, por instituições de atribuição docente, dos subprodutos de suas atividades de pesquisa, quanto da formação de investigadores na área de população.

2. ORGANIZAÇÃO TÉCNICA

2.1. Núcleos Técnicos

Na organização técnica da Unidade, em função mesmo de seu espírito e justificativa, pretende-se escapar da clássica divisão disciplinar. Assim, seu módulo técnico básico será constituído por núcleos que congreguem pesquisadores, que podendo ser especialistas em distintas disciplinas, estejam interessados na mesma linha de investigação. Estes núcleos serão em número de cinco, sendo que os quatro primeiros serão constituidos segundo objetos substantivos de investigação selecionados daqueles propostos como projetos prioritários de atribuição da Fundação Oswaldo Cruz pelo II PBDCT. São eles o núcleo de estudos sobre Deonças Transmissíveis, o núcleo de estudos sobre Saúde Materno-Infantil, o núcleo de estudos sobre Doenças não Transmissíveis e o núcleo de estudos sobre Organização da Assistência Médico-Sanitária. O quinto núcleo será constituído através, não mais da definição de um tema de investigação, mas de um conjunto de técnicas de pesquisa em população que podem ser utilizadas sobre diversos objetos específicos; trata-se do núcleo de indicadores de saúde e metodologia de estudos de morbidade e mortalidade. Apresentamos a seguir o detalhamento da cada um dos cinco núcleos.

2.1.1. Núcleo de Estudos de Doenças Transmissíveis

A produção de conhecimento científico relacionado às doenças transmissíveis tem tradicionalmente enfatizado as propriedades particularizadas dos agentes infecciosos e a resposta do hospedeiro individualizado, tratando-os como modelos simplificados e procurando generalizar os resultados para as situações concretasmais diversificadas.

A grande quantidade de pesquisas desta natureza tem sido estimulada pelo desenvolvimento tecnológico e pela possibilidade de aplicação da metodologia experimental, em laboratório, capaz de ser realizada por unidades isoladas.

O conhecimento acumulado não tem sido capaz, entretanto, de oferecer respostas à questão das doenças transmissíveis como problema de saúde da população, principalmente quanto ao controle das doenças de massa. A manutenção das endemias e mesmo o aumento na intensidade da transmissão de certas doenças, apesar dos programas de controle que tem sido realizados, assim como o fato de continuarem as pesquisas na área a merecerem a maior prioridadenos Planos Oficiais, atestam o pouco ajustamento entre o tipo de conhecimento que tem sido gerado e as necessidades de saúde da população.

Hoje já se reconhece a importância de estudos em populações, não só para delimitar as áreas endêmicas ou para qualificar a magnitude do problema mas principalmente porque são indispensáveis para caracterizar aqueles fatores, da população e do ambiente, que vão determinar o modo como se desenvolve o processo gerador das doenças transmissíveis.

As pesquisas sobre doenças transmissíveis em populações

são atualmente realizadas quase exclusivamente por serviços de saúde, como modo de produzir conhecimento indispensável para controle local e imediato de certos danos. Falta entretanto uma sistematização no tratamento dos dados obtidos, pela falta de contituidade necessária e pelas próprias características de atuação desses serviços.

O número de estudos de doenças transmissíveis teria como proposta realizar estudos em populações relacionadas com as doenças infecciosas que se apresentam como problemas de saúde de massa, procurando fundamentalmente investigar as características das comunidades que condicionam a distribuição geográfica e social da doença, assim como a evolução e gravidade do dano.

Decorre da utilização de metodologia naturalística,nas coletividades, a necessidade de encontrar áreas que possibilitem a realização de projetos de investigação em algumas doenças prioritárias, que se comportassem como experiências naturais. Estas áreas devem apresentar particularidades que possibilitem a comparaçãodas prevalências entre diversos grupos populacionais, expostos a riscos distintos.

Constam no momento três projetos em Estudos de Doenças Transmissíveis com estas características. (Anexo)

- ESTUDOS CLÍNICOS, CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE DOENÇA DE CHAGAS.
- IMPORTÂNCIA DOS VERTEBRADOS NÃO HUMANOS NA EPIDEMIOLOGIA DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI
- EPIDEMIOLOGIA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR EM ÁREA PERI-URBANA

Os critérios para definição das pesquisas foram a importância para saúde pública do problema investigado e sua oportunida

de, quanto à existência de uma área de estudos adequados e capacidade operacional para sua realização. É importante que se mantenha a possibilidade de realizar outros projetos relacionados com outros problemas, como Malária e Tuberculose, quando se caracterizar sua viabilidade.

2.1.2. Núcleo de Estudos de Doenças Não-Transmissíveis

O desenvolvimento dos programas definidos como prioritários pelo II PBDCT na área de Saúde tem sido bastante heterogêneo. Sem entrar nos motivos que levam a esta heterogeneidade, o certo é que destaca-se, por exemplo, a contradição entre a crescente importância de algumas doenças degenerativas no quadro de saúde da população - de resto já identificada pelas autoridades de saúde, com sua inserção como item prioritário de pesquisa - e a efetiva produção científica e tecnológica nesse campo. Se considerarmos a produção de estudos populacionais nesta área a situação é ainda mais grave. Nesse sentido, entendemos ser um dos temas a merecer especial atenção dos pesquisadores da unidade ora em desenvolvimento.

Desse modo, apresenta-se como fundamental a criação de um núcleo de investigadores que comece, de forma organizada, a trabalhar este tema. Dentre o grande grupo das doenças não transmissíveis, destacam-se como problemas de saúde pública algumas doenças cardiovasculares e os cânceres, atualmente as duas primeiras causas de morte nas principais cidades brasileiras.

Na área dos estudos populacionais, face ao estado em que se encontra o conhecimento autóctone sobre estes problemas, acreditamos ser mais proveitosa uma linha de investigações que se desenvolva na direção de delimitar mais precisamente a magnitude destes problemas na população brasileira e testar algumas hipóteses específicas referentes aos hábitos e experiências de frações da nossa população do que simplesmente replicar hipóteses já consagradas ou mesmo tentar ampliar a fronteira do conhecimento na área. É nesta linha que se inscrevem as duas pesquisas já projetadas para este núcleo, respectivamente sobre hipertensão arterial no Rio Grande do Sul e alguns tipos de câncer no Rio de Janeiro (anexos).

2.1.3. Núcleo de Estudos em Saúde Materno-Infantil

A vulnerabilidade do grupo materno-infantil tanto à agressões ambientais, como a riscos biológicos decorrentes da reprodução e crescimento torna imperativa a prioridade que lhe concede o II PBDCT.

Se de um lado há largos espaços para a investigação voltada para os riscos a que está submetida essa importante parcela da população, não é menos verdade que a aplicação de medidas de controle já conhecidas e de eficácia comprovada esbarram de um lado em dificuldades operacionais e de outro na própria problemática da organização da assistência materno-infantil.

Assim o quadro da investigação em Saúde Materno-Infantil é complexo, multidisciplinar e pluri-institucional.

A Unidade pode contribuir para a compreensão da problemática da Saúde Materno-Infantil com a singularidade, dentro do contexto da saúde, de sua abordagem populacional e de seu posicionamento institucional, que a distancia das exigências do dia a dia dos serviços de saúde e da prática hospitalar, permitindo estudos organizacionais a mais longo prazo.

O instrumental metodológico manipulado pelo seu corpo científico lhe dá, de outro lado, condições de trabalhar cooperativamente com o Instituto Fernandes Figueiras e a Escola Nacional de Saúde Pública na definição e assessoramento de projetos de investigação cuja idéia original provenha dos mesmos.

Desde já quatro projetos estão já definidos para desenvolvimento pela Unidade:

1. Organização da Assistência Materno-Infantil no Brasil

2. Estudos sobre a Mortalidade Peri-Natal no Instituto Fernandes Figueiras

3. Mortalidade Fetal no Rio de Janeiro

4. Creches: Necessidade e Realidade.

2.1.4. Núcleo de Estudos sobre Organização da Assistência Médico-Sanitária

A criação de um núcleo que se dedique a estudos sobre organização dos serviços de saúde, é uma necessidade que se impõe nos nossos dias na medida em que a complexidade crescente que tais organizações adquiriram colocam novas problemáticas que não encontram solução nas áreas tradicionais de saúde pública. Esta competência acha-se atribuída ao Ministério da Saúde no II PBDCT quando estabelece ser de sua competência a pesquisa aplicada quando estiver voltada para a "organização da assistência médico-sanitária e dos programas de controle de doenças da comunidade".

O âmbito desta problemática emergente, situa-se quando de um lado existe todo um conhecimento já produzido sobre as questões de saúde que deve encontrar seus canais e formas de aplicação, contribuindo para um aumento crescente da complexidade do setor colocando questões como especialização/ generalização, integração / coordenação, centralização / regionalização, homogeneidade / heterogeneidade, eficiência / eficácia, etc. Por outro lado a existência quase universal de uma chamada "crise de realização do setor saúde" que se expressa no aumento constante dos seus custos sem um efeito paralelo sobre as condições de saúde das populações que colocam como questões fundamentais o estudo de modelos alternativos de prestação de serviços que aumentam sua eficiência a menor custo.

Portanto este setor que deve estudar as soluções para esta problemática deve:

1º - Recuperar, sistematizar e avaliar experiências das instituições nacionais que enfrentaram e propuseram soluções a estes problemas.

2º - Estudar propostas alternativas às formas atuais de organização dos serviços de saúde.

Para tanto, este setor deverá basicamente ser multiprofissional contando com sanitaristas e cientistas sociais para que cada problema possa ser analisado em suas múltiplas características.

Enfim, trata-se de uma área que sem estar diretamente vinculada ao planejamento de saúde, deve manter com este estreito compromisso no sentido de estudar e formular alternativas de formas de organização das práticas sanitárias.

Este setor inicialmente deverá concentrar suas investigações em dois pontos fundamentais para o Sistema Nacional de Saúde:

1º - O Estudo das Secretarias de Saúde Estaduais, já que as mesmas representam o ponto de síntese operacional do Sistema, enfocando o seu desenvolvimento institucional enquanto capacidade de operar programas

2º - O Estudo dos programas alternativos a nível local e regional desenvolvidos em diferentes regiões do país, como formas de participação da população em serviços de saúde, medicina paralela e simplificada. Como exemplo: (Anexos)

Medicina Comunitária. Investigação sobre formas de participação popular em Campinas e Montes Claros.

Padrões de Diagnóstico e de tratamento na medicina oficial e paralelas.

Saúde e Marginalidade Social

Lógica da Medicina Popular

Localização de Serviços de Saúde em Área Urbanas

2.1.5. Núcleo de Estudos para o Desenvolvimento da Metodologia de Indicadores de Morbidade e Mortalidade

É conhecida em nosso país a queixa dos técnicos de vários setores contra a "falta de informações" isto é, a carência de dados no âmbito de suas especialidades. Na área de Saúde tal situação é bastante disseminada. Entendemos no entanto que, ao lado de deficiências reais, grande parte das informações de saúde, no mais das vezes colhidas rotineiramente, são sub-analisadas, principalmente porque não é objeto das instituições que as colhem realizar análise mais meticulosa. Em outras palavras, o que se observa é que na maioria dos casos a quantidade de informações colhidas é maior do que a efetivamente utilizada para fins de análise. Assim, é intenção da unidade desenvolver, cristalizado em um núcleo técnico, sistema que permita, utilizando informações de registro contínuo, realizar esta análise visando um melhor conhecimento do quadro nosológico e demográfico do país. Por outro lado, na medida em que as deficiências reais do sistema de registro demandam tempo para serem sanadas, bem como a atribuição de tais transformações situam-se em órgãos de nível central, o núcleo deve enfrentar o problema pelo lado do desenvolvimento de metodologias que permitam agilizar o sistema oficial de coleta e análise de informações, mantidos, grosso modo, seus atuais problemas. A importância desse sistema desdobra-se em duas direções. Em primeiro lugar, na de proporcionar a abertura de caminho para várias linhas de investigações epidemiológicas que verifiquem as hipóteses sugeridas por esta análise. Além disso, na de colaborar decisivamente na produção de materiais atualizados e nacionais para utilização docente.

Definimos dados de registro contínuo como aquelas informações referentes à saúde da população que são rotineiramente co

lhidas por dispositivo legal, por iniciativa pessoal ou por tradição das instituições de saúde. Dentre a série de possibilidades existentes, duas destacam-se por sua importância:

a) Os Certificados de Obito das Secretarias Estaduais de Saúde;

b) As informações sobre morbidade e sobre utilização dos serviços de Saúde da Fundação SESP.

Evidentemente, a própria concepção do núcleo implica numa colaboração bastante estreita com os organismos oficiais responsáveis pela coleta e análise de informações na área social, em particular o IBGE e o IPEA. Deverá, portanto, ser dada ênfase especial a estas atividades.

A título de exemplificação, apresentamos (anexo) - duas investigações a serem desenvolvidas por este núcleo:

- Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares
- Doenças crônicas e degenerativas: um estudo de conjuntura sanitária

2.2. Núcleos de Apoio

Juntamente com os núcleos técnicos, a unidade contaria com três núcleos de apoio, a saber, de processamento e análise de dados, de documentação e de apoio técnico-científico.

2.2.1. Núcleo de Apoio em Processamente e Análise de Dados

Uma característica comum a quase totalidade das investigações epidemiológicas é o número relativamente grande de unidades de observação, assim como o registro de inúmeras informações sobre o objeto de estudo. Outro aspecto que a prática vem demonstrando é que as dificuldades que os investigadores isolados sentem quando se defrontam com o problema de consolidação e análise de dados são sanadas, em grande parte, quando contam com assessorias na área de Matemática e Estatística. Portanto, seriam desnecessárias maiores justificativas para a existência de um núcleo de apoio em Processamento e Análise de Dados. O objetivo básico deste núcleo é assessorar as demais unidades, durante distintos estágios, no que diz respeito a: confecção de instrumentos de coleta de informações; codificação e transferência de dados visando à computação eletrônica; análise de consistência de dados; correção de dados; arquivo de dados; processamento propriamente dito; e análise estatística.

Evidentemente, de acordo com o espírito da unidade, o núcleo funcionaria também como assessoria nestes aspectos a outros órgãos da Fundação, bem como poderia atender a solicitações de outros órgãos do Ministério.

2.2.2. Núcleo de Apoio de Documentação

Problemas de capital importância na atividade de pes-

quisa, o acesso a informação especializada é uma das grandes debilidades na investigação em nossa área. Torna-se assim de fundamental importância a organização de um núcleo que cumpra esta finalidade. Suas linhas de atuação projetam-se em duas direções:

a) Adquirindo material publicado nas áreas de interesse, sob a forma de separatas, bem como organizando uma biblioteca de dados básicos para a investigação na área (Censos, outras publicações de consulta da área social, etc.).

b) Organizar o material produzido pelos núcleos técnicos, em particular pelo núcleo de indicadores de saúde e análise de dados de Registro Contínuo, de modo a possibilitar a consulta e divulgação deste material para o conjunto da unidade e para outros órgãos interessados.

2.2.3. Núcleo de Apoio Técnico-Científico

Como foi observado anteriormente, inscreve-se como um dos objetivos fundamentais da unidade, o de fornecer apoio técnico aos diversos órgãos do Ministério da Saúde, em particular a Fundação Oswaldo Cruz. Nesse sentido ela deve constituir-se com a flexibilidade e agilidade suficientes para que possa fornecer respostas rápidas e adequadas às diversas solicitações existentes. Esta preocupação faz com que se considere necessário, mais que uma simples declaração de intenções-atribuição dispersa pelos diversos núcleos técnicos - a criação de um núcleo que seja responsável por esta tarefa. Este teria a finalidade de estabelecer contatos com os diversos órgãos solicitantes, definir prioridades dentre o conjunto de solicitações, apontar especialistas da unidade que melhor se adequassem à resolução dos problemas apresentados e acompanhar a resolução desses. Este apoio pode ser pensado segundo três grandes áreas de atividades: a docência, a pesquisa e as atividades de serviço.

Quanto ao apoio à docência, cremos que a produção continuada de conhecimento técnico-científico na área dos estudos de população tende a fornecer apoio aos órgãos formadores do Ministério da Saúde de três maneiras. Em primeiro lugar, na medida em que a unidade sirva como centro captor de recursos humanos voltados para a investigação na área de população, absorvendo estes quadros em suas equipes de pesquisa. Além disso, na medida em que a atividade de investigação produza material didático atualizado e concernente à nossa realidade de saúde, item de grande carência na área de população. E, finalmente, o apoio clássico traduzido pelo fornecimento de cursos, aulas e atividades de aperfeiçoamento em geral.

O apoio a pesquisa dar-se-á através de consultoria em

qualquer etapa do desenvolvimento de projetos (planejamento, execução e análise), bem como na elaboração integral em conjunto com equipes de outras instituições quando se tratar de temas de interes se comum.

O apoio às atividades de serviço, entendidas como aquelas realizadas rotineira e permanentemente pelos órgãos do Ministério, poderão desenvolver em duas direções. Em primeiro lugar como colaboração no diagnóstico e equacionamento de determinadas situações de saúde, particularmente as situações de "emergência epidemiológica". E além disso, na elaboração de modelos orientados para a melhor compreensão das doenças, dos métodos para combatê-las e prevení-las, bem como para uma melhor organização da assistência médico-sanitária.

Como exemplo de atividades de apoio a área docente da Fundação que desde já poderão ser implementadas, podemos citar o apoio aos seguintes programas:

a) Treinamento Avançado em Serviço - Área de Epidemiologia e Saúde Pública

b) Curso de Especialização em Saúde Pública

c) Curso Avançado de Epidemiologia e de Planejamento de Saúde

d) Mestrado em Saúde Pública

3. Estrutura Básica do Centro de Estudos e Pesquisas Aplicadas à Saúde (CEPAS)

1. O CEPAS constituirá uma Unidade Especial da Fundação Oswaldo Cruz.

2. O CEPAS tem a seguinte estrutura:

Diretoria (CEPAS/DIR)

Conselho de Orientação (CEPAS/CO)

Coordenadorias de Programas e Pesquisas (CEPAS/PROP)

Coordenadorias de Atividades Básicas (CEPAS/BAS)

3. Os Programas e as atividades básicas de pesquisas poderão desdobrar-se em Projetos por recomendação do Conselho de Orientação, aprovada em resolução específica da Presidência.

4. As coordenadorias de Programas, Atividades Básicas, Projetos e Pesquisas e Atividades de Apoio serão dirigidas por coordenadores designados pelo Presidente.

5. O Diretor será auxiliado por um Vice-Diretor

6. O Conselho de Orientação constituído pelo Diretor, Vice-Diretor e Coordenadores.

7. Constituirão Programas e Pesquisas do CEPAS em sua fase inicial:

7.1. Doenças Transmissíveis

7.2. Saúde Materno-Infantil

7.3. Organização da Assistência Médico-Sanitária

7.4. Doenças Crônicas e Degenerativas

7.5. Metodologia de Estudo de Morbidade e Mortalidade

8. Constituirão Atividades Básicas do CEPAS tanto em âmbito

interno da Fundação como para outras instituições nacionais: apoio técnico-científico à investigação, serviços e ensino. Estas atividades serão desenvolvidas por seus núcleos de apoio a saber:

1. Núcleo de Apoio em Processamento e Análise de Dados NAPA/CEPAS
2. Núcleo de Apoio em Documentação - NAD/CEPAS
3. Núcleo de Apoio Técnico-Científico - NATC/CEPAS

9. A Agência de Administração do CEPAS seguirá as normas e procedimentos administrativos regulados pela Superintendência da Administração Geral, com as adequações decorrentes de peculiaridades locais devendo possuir uma autonomia necessária para a gestão de recursos extra-orçamentários.

10. A Diretoria ouvida a Conselho de Orientação poderá criar quantas assessorias julgar necessárias devendo manter como permanente uma de Planejamento e Elaboração de Projetos.

11. O pessoal científico do CEPAS é constituído por:

a) Corpo permanente, formado por:

- Pesquisadores em Saúde Pública, admitidos por concurso, nos níveis de Titular, Associado, Assistente e Auxiliar de Pesquisa no regime de 20 ou 40 horas semanais;

- Professores ou Pesquisadores de outras Unidadesda FIOCRUZ locados por designação da Presidência por tempo indeterminado no CEPAS por 20, 30 ou 40 horas semanais, podendo manter atividades na unidade de origem em tempo complementar.

b) Consultores e Colaboradores eventuais, representado por:

- Profissionais contratados por prestação de serviços pelo prazo máximo de dois anos para o desenvolvimento de pesquisa específica;

- Professores ou Pesquisadores de outras Unidades da FIOCRUZ que cooperam com projetos do CEPAS por 10 ou 20 horas semanais, por período determinado, com o consentimento da Direção da Unidade de origem e sem prejuízo das funções que lá exerçam.

4. METAS CIENTÍFICAS

Para os próximos dois anos são metas científicas do CEPAS:

a) Na formação de recursos humanos especializados contribuir para:

- formar 50 especialistas em Saúde Pública;
- formar 25 profissionais em Saúde Pública e Epidemiologia através de Treinamento Avançado em Serviço;
- formar 15 especialistas de alto nível em epidemiologia;
- formar 15 especialistas de alto nível em planejamento de Saúde;
- formar 15 Mestres em Saúde Pública.

b) Realizar as seguintes pesquisas científicas:

1) No campo das Doenças Transmissíveis:

- Estudos Clínicos, Clínico-Epidemiológico e Epidemiológicos sobre Doenças de Chagas
- Importância dos vertebrados não humanos na Epidemiologia da Esquistossomose Mansoni
- Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar Áreas Peri-Urbanas

2) No campo da Atenção Materno-Infantil

- Organização da Assistência Materno-Infantil no Brasil
  . Estudos sobre Mortalidade Peri-Natal
  . Estudos sobre Mortalidade Fetal
  . Creches: Necessidade e realidade.

3) No campo da Organização da Assistência Médico-Sanitária:

- Localização dos serviços de saúde em áreas urbanas

- Medicina comunitária
- Padrões de Diagnóstico e Tratamento na Medicina Oficial e Paralelas.
- Saúde e Marginalidade Social
- Lógica da Medicina Popular
- Análise da Participação Popular nos Serviços de Saúde

4) Doenças Crônicas e Degenerativas
- A Mortalidade por Alguns tipos de Câncer no Rio de Janeiro
- Hipertensão Arterial: uma abordagem Sócio-Ecológica
- Doenças Crônicas e Degenerativas: um estudo de conjuntura sanitária
- Aumento e significado da Doença Mental no Rio de Janeiro

5) Metodologia de Estudos de Morbidade e Mortalidade
- Metodologia de Análise de dados de registro contínuo
- Sistema de Investigação Epidemiológica por amostragem domiciliar

5. RECURSOS HUMANOS

5.1. Pessoal Científico

Para atingir essas metas o CEPAS contará com um quadro permanente e um quadro eventual de pesquisadores.

a) Quadro Permanente:

1. Próprio, constituído por:

4 Pesquisadores em Saúde Pública - nível associado

10 Pesquisadores em Saúde Pública - nível assistente

6 Auxiliadores de Pesquisas a serem admitidos até o final de março através de procedimentos seletivos;

2. Adjunto, constituidos pelos seguintes técnicos da Fundação Oswaldo Cruz, alocados por tempo indeterminado:

3 Professores Titulares:

Eduardo de Azeredo Costa	30 horas
Antonio Sérgio da Silva Arouca	20 horas
Euclides Ayres de Castilho	20 horas

2 Professores Adjunto:

Marilia Bernardes Marques	30 horas
Mauro Célio de Almeida Marzochi	20 horas

3 Professores Assistentes:

Paulo C. Sabroza	30 horas
Paulo R. Barata	30 horas
Célia L. Szwarcwald	20 horas

2 Auxiliares de Ensino:

Carlos H. Osanai	20 horas
Fernando Laender	20 horas

1 Professor Titular:

Francisco da Silva Laranja Filho 40 horas

b) Quadro Eventual:

1. Próprio: Constituido por pesquisadores contratados especificamente para o desenvolvimento de um projeto por prazo determinado

2. Adjunto: Constituído por técnicos da FIOCRUZ cedidos para cooperar em projetos específicos de pesquisa temporariamente.

5.2. Pessoal Técnico - O CEPAS contaria com pessoal técnico próprio de caráter permanente ou eventual nas seguintes categorias:

a) Permanente

- Nível Superior

1 Bibliotecônomo

2 Assistentes de NS

- Nível Médio

2 Técnicos de Estatística

1 Técnico em Programação

b) Eventual, contratado por prazo determinado, para desenvolvimento de projeto específico em nível variável e constituído por pessoal de nível superior, médio e auxiliar.

5.3. Pessoal Administrativo

- Nível Superior

1 Gerente Administrativo

1 Assistente de Planejamento

1 Assistente Especializado NS

- Nível Médio

  1 Assistente Administrativo

  1 Técnico de Contabilidade

  3 Secretárias

- Nível Auxiliar

  5 datilógrafas

  2 contínuos (auxiliar de escritório)

6. RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento das atividades de implantação e desenvolvimento científico será melhor compreendido se dividirmos o projeto CEPAS em três períodos, a saber:

1 - Período pré-institucional, aqui compreendido como aquele que se iniciou em março de 1977 e estará concluido em fevereiro corrente. Nesse período foram apresentados projetos específicos que criaram condições de implantação futura do CEPAS e de desenvolvimento científico na área de estudos e pesquisas populacionais e epidemiológicos a saber:

PEPPE 00.0 - Coordenação, Capacitação e Apoio Administrativo e Técnico
PEPPE 01.0 - Núcleo Científico Central
PEPPE 21.1 - Estudos Clínico-Epidemiológicos sobre Doenças de Chagas
PEPPE 21.2 - Vertebrados não-humanos na Epidemiologia da Esquistossomose Mansoni
PEPPE 30.0 - Linha de estudos conjunturais

Nessa fase foram ainda elaborados os seguintes projetos que, embora detalhados e aprovados ao nível da FIOCRUZ, não foram apresentados à FINEP, esperando a reformulação administrativa ora proposta e que seriam:

PEPPE 21.3 - Epidemiologia de Leishmaniose Tegumentar Peri-Urbana
PEPPE 41.0 - Localização de Serviços de Saúde nas Áreas Urbanas
PEPPE 42.0 - Mortalidade por alguns tipos de câncer no Rio de Janeiro.
PEPPE 22.1 - Organização da Assistência Materno- Infantil
PEPPE 44.0 - Hipertensão Arterial: uma abordagem sócio-ecológica.

Em fase menos avançada de desenvolvimento as seguintes pesquisas estavam em processo de elaboração:

PEPPE 22.2 - Mortalidade Peri-Natal e Fetal
PEPPE 43.0 - Metodologia de Análise de Dados de Registro Permanente

Durante esse período, em função de vários atrasos na aprovação e liberação dos recursos e, mais tarde no processo de admissão de pessoal pela FIOCRUZ foram efetuadas despesas por conta do FNDCT aquém do recebido e mais aquém ainda do programado. De outro lado a contrapartida da FIOCRUZ foi mais aproveitada, já que grande parte dela era oriunda de pessoal já contratado e que com dificuldades desenvolvem a programação exequível.

Os recursos liberados pela FINEP até fevereiro de 1978 e a contrapartida da FIOCRUZ no mesmo período são apresentados na Tabela 1 anexa, pela sistemática de apresentação orçamentária em vigor na época.

2 - Período de institucionalização, compreende o período que se se inicia em março de 1978 e se encerra em fevereiro de 1979, quando o Convênio 281/CT - FIOCRUZ/FINEP expira. Nesse período se propõe a conclusão e relatório final de todas as pesquisas aprovadas pela FINEP no período anterior bem como aquelas que já foram aprovadas ao nível da FIOCRUZ (21.3, 41, 42, 22.1 e 44). Também serão iniciadas outras pesquisas a serem detalhadas e submetidas ao Conselho de Orientação do CEPAS, preferentemente nas áreas então chamadas prioritäria e estrutural. A consolidação de todos os recursos já definidos nesses projetos pelos itens de dispêndio que estavam sendo usados encontra-se na Tabela 2, bem como o cronograma de desembolso dos recursos totais do FNDCT,que se anexa na Tabela 3.

Todavia a proposta ora em apresentação implica primeiro, em redistribuição dos projetos em torno de objetos da pesquisa e suas funções de coordenação e apoio e, segundo, em definir dentro do quadro de pesquisadores a ser contratados uma parcela que o será por prazo indeterminado para sua permanência se prolongar após o fim do Convênio FIOCRUZ/FINEP; e,terceiro, preparar a absorção total das despesas básicas com a manutençaõ e operação do CEPAS pela FIOCRUZ.

A Tabela 4 apresenta o quadro de utilização dos recursos totais do FNDCT rearranjados pelas novas áreas de atuação , isto é, seu orçamento representa a simples transposição dos orçamentos dos projetos anteriores para novas áreas de agrupamentos,(vide relação anexa) desde que permanece o compromisso de realizar as pesquisas e atividades programadas e as em programação.

Assim os recursos já liberados para os projetos são realocados. Nessa tabela já apresentamos os itens de dispêndio segundo a nova sistemática, única a ser usada doravante. Visando compatibilizar os orçamentos da FINEP com os da FIOCRUZ.

A apresentação pelas novas áreas de atuação é, no entanto, demonstrativa da base de elaboração da proposta, já que esta implica em verdade na existência de um único projeto global que consolida a todas elas. Na Tabela 5 é, pois apresentado o orçamento único do CEPAS para o período por fonte de financiamento.

A contrapartida da FIOCRUZ nesse período terá duas origens: uma, representada pela cessão de instalações e outras despesas de difícil contabilização como luz, telefone, etc. e pela cessão de pessoal já do quadro da FIOCRUZ e outra, pela dotação orçamentária de "Estudos e Pesquisas em Saúde Pública"(Fonte Tesouro) sendo esta última em 1978 no valor de Cr$ 3.000,00.

Na Tabela 6 apresentamos o cronograma de desembolso do projeto global de implantação e desenvolvimento científico do CEPAS de acordo com o sistema de especificação adotado.

3 - Período institucionalizado

A partir de março de 1979 a FIOCRUZ continuará a manter o núcleo permanente e os demais encargos do CEPAS. Poderá no entanto solicitar recursos extraorçamentários de outras fontes financiadoras para necessidades específicas de projetos de investigação até lá definidos.

A N E X O

COMPATIBILIZAÇÃO DE LINHAS DE PESQUISA DO PEPPE COM AS ÁREAS DE ATUAÇÃO DO CEPAS

ÁREA CEPAS	PROJETO PEPPE
Coordenação e Apoio Técnico e Administrativo	00.0 Capacitação da infraestrutura e apoio técnico e administrativo. 01.0 Núcleo Central de Coordenação Científica 10.0 Apoio ao Ensino 11.2 Curso Avançado de Epidemiologia 12.1 Curso de Especialização em Epidemiologia 13.1 Treinamento Avançado em Serviço - SP/Epi 14.1 Apoio ao desenvolvimento de teses de mestrado Programa Global de Apoio para 1978/79
Doenças Transmissíveis	21.1 Estudos Clínicos, Clínico-Epidemiológicos e Epidemiológicos sobre Doença de Chagas 21.2 Importância de vertebrados não humanos na Epidemiologia da Esquistossomose Mansoni 21.3 Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar em áreas Peri Urbanas do Rio de Janeiro
Saúde Materno-Infantil	22.1 Organização da Assistência Médica Dirigida ao Grupo Materno-Infantil

	22.2 Mortalidade Peri-Natal e Fetal
	32.8 Creches: necessidade e realidade
Doenças não Transmissíveis	31.2 Aumento e significado da doença mental no Rio de Janeiro, no período 1955-1975
	31.1 Análise das repercussões do acidente de trabalho e da doença na vida do trabalhador ferroviário
	Doenças Crônicas e Degenerativas: um Estudo de Conjuntura Sanitária
	42.0 Mortalidade por alguns tipos de câncer no município do Rio de Janeiro
	44.0 Hipertensão Arterial: uma perspectiva sócio-ecológica
	45.0 A definir
Estudos Médico-Sociais e da Organização médico-sanitária	32.1 Medicina Comunitária: investigação sobre as formas de participação popular
	32.2 Padrões de diagnóstico e de tratamento na medicina oficial e em medicinas paralelas
	32.4 Saúde e marginalidade: análise das funções não manifestas da prática médica
	32.5 Análise da participação popular no Sistema Integrado de Serviços de Saúde de Minas Gerais
	32.7 A lógica da medicina popular
	41.0 Localização de Serviços de Saúde em Áreas Urbanas
	46.0 A definir

.Metodologia de Estudos de Morbidade e Mortalidade	33.1 Sistema de Investigação Epidemiológia por amostragem Domiciliar
	43.0 Metodologia de Análise de Dados de Registro

TABELA 1

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS LIBERADOS AO PEPPE
NO PERÍODO : MARÇO DE 1977 - FEVEREIRO DE 1978

EM CR$ MIL

tens de dispêndio	CONTRAPARTIDA FIOCRUZ	FNDCT	TOTAL
1. DESPESAS DE INVESTIMENTO	200,0	1.449,9	1.649,9
1.1 Obras Civis e de Montagem	-	50,0	50,0
1.2 Equipamentos de Pesquisa	-	445,3	445,3
1.3 Material Permanente	-	495,9	495,9
1.4 Documentação	-	238,7	238,7
1.5 Elaboração de Projetos	200,0	220,0	420,0
2. DESPESAS DE OPERAÇÃO	6.728,3	4.156,8	10.885,1
2.1 Pessoal	5.413,3	2.874,0	8.287,3
2.2 Material de Consumo	500,0	205,3	705,3
2.3 Aperfeiçoamento de Pessoal	-	130,0	130,0
2.4 Assistência Técnica	300,0	356,8	656,8
2.5 Itens Suplementares	515,0	590,7	1.105,7
TOTAL	6.928,3	5.606,7	12.535,0

HEL/.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADAS À SAÚDE - CEPAS

DEMONSTRATIVO CONSOLIDADO DOS RECURSOS TOTAIS ORÇADOS PARA O PROGRAMA PEPPE — TABELA 2

CONVÊNIO 281/CT - FINEP/FIOCRUZ

PERÍODO: Março de 1977 - Fevereiro de 1979

EM Cr$ Mil

ITENS DE DISPÊNDIO / AREA	AREA COORD. CIENT. E APOIO (1)	AREA DE ENSINO (1)	AREA DE PROBLEMAS PRIORITÁRIOS (1)	AREA DE PROJ. CONJUNTURAIS (1)	AREA DE PROJ. ESTRUTURAIS (1)	SUB TOTAL (1)	ACRESC. AREA PRIORITÁRIA (2)	ACRES. AREA ESTRUTURAL (3)	TOTAL DO FNDCT	TOTAL CONTRAPARTIDA FIOCRUZ	TOTAL GLOBAL
1. DESPESAS DE INVESTIMENTO											
1.1. Obras Civis de Montagem	50,0	-	-	-	-	50,0	-	-	50,0	140,0	190,0
1.2. Equipamentos de Pesquisa	156,0	-	363,7	4,3	-	524,0	50,0	250,0	824,0	668,0	1.492,0
1.3. Material Permanente (Subtotal 1.3)	434,0	-	146,2	17,7	10,0	607,9	12,4	20,0	640,0	98,0	738,0
1.3.1 Moveis e Utensílios	50,0	-	43,2	1,7	-	94,9	-	-	94,9	-	94,9
1.3.2 Equipamentos Auxiliares	384,0	-	103,0	16,0	10,0	513,0	42,4	20,0	545,1	98,0	643,1
1.4. Documentação (Subtotal 1.4)	250,0	168,0	110,0	73,0	40,0	641,0	25,0	20,0	686,0	190,0	876,0
1.4.1 Livros e Periódicos	100,0	62,0	75,0	37,0	30,0	304,0	25,0	20,0	349,0	150,0	499,0
1.4.2 Documentos Diversos	150,0	106,0	35,0	36,0	10,0	337,0	-	-	337,0	40,0	377,0
1.5. Elaboração de Projetos	400,0	-	-	-	-	400,0	-	150,0	550,0	50,0	600,0
SUBTOTAL 1	1.290,0	168,0	619,9	95,0	50,0	2.222,9	87,1	440,0	2.750,0	1.146,0	3.896,0
2. DESPESAS DE OPERAÇÃO											
2.1. Pessoal (Subtotal 2.1)	4.819,7	1.683,0	3.468,0	1.757,7	928,8	12.657,2	1.105,4	987,4	14.750,0	11.150,0	25.900,0
2.1.1 Científico	1.844,7	947,0	2.527,2	1.123,2	652,4	7.094,5	801,2	700,4	8.596,1	7.996,0	16.592,1
2.1.2 Técnico	743,2	696,0	761,2	555,0	276,4	3.031,8	304,2	287,0	3.623,0	2.124,0	5.747,0
2.1.3 Administrativo	2.231,8	40,0	179,6	79,5	-	2.530,9	-	-	2.530,9	1.030,0	3.560,9
2.2. Material de Consumo (Subtotal 2.2)	220,0	183,9	182,2	35,8	148,7	770,6	29,4	50,0	850,0	182,0	1.032,0
2.2.1 Matéria-Prima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.2.2 Materiais Diversos	220,0	183,9	182,2	35,8	148,7	770,6	29,4	50,0	850,0	182,0	1.032,0
2.3. Aperfeiçoamento do Pessoal	495,0	90,0	-	-	-	585,0	-	-	585,0	315,0	900,0
2.4. Assistência Técnica (Subtotal 2.4)	430,0	389,2	252,0	187,4	301,0	1.559,6	150,0	155,4	1.865,0	97,0	1.962,0
2.4.1 Consultoria	380,0	389,2	242,0	187,4	301,0	1.499,6	150,0	155,4	1.805,0	97,0	1.902,0
2.4.2 Serv. de Instalação e Manutenção	50,0	-	10,0	-	-	60,0	-	-	60,0	-	60,0
2.5. Itens Suplementares (Subtotal 2.5)	520,2	397,0	840,0	115,7	782,8	2.655,5	82,3	162,2	2.900,0	810,0	3.710,0
2.5.1 Viagens	400,0	177,0	634,0	90,8	486,0	1.787,8	50,0	62,2	1.900,0	710,0	2.610,0
2.5.2 Outros	120,0	220,0	206,0	24,9	296,8	867,7	32,3	100,0	1.000,0	100,0	1.100,0
SUBTOTAL 2	6.484,7	2.743,1	4.742,2	2.096,6	2.161,3	18.227,9	1.367,1	1.355,0	20.950,0	12.554,0	33.504,0
TOTAL 1+2	7.774,7	2.911,1	5.362,1	2.191,6	2.211,3	20.450,8	1.454,2	1.795,0	23.700,0	13.700,0	37.400,0

(1) Recursos já detalhados em forma de projetos

(2) Para projetos em estudos de mortalidade fetal e peri-natal

(3) Para estudos médico-sociais e da organização da atenção médico-sanitária

[redacted] CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FNDCT AO GPA [illegible]

CONVÊNIO 281/CT - Período: Março de 1978 - fevereiro de 1979 — Em Cr$ Mil

ITENS DE DISPÊNDIO	RECURSOS JÁ LIBERADOS ATÉ FEV.78	1978					1979		TOTAL POR LIBERAR	TOTAL DO CONVÊNIO Recursos do FNDCT
		1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	TOTAL DO ANO	1º TRIM	TOTAL DO ANO		
1. DESPESAS DE INVESTIMENTO										
1.1 Obras Civis e Montagem	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	50,0
1.2 Equipamentos de Pesquisa	445,3	278,7	100,0	-	-	378,7	-	-	378,7	824,0
1.3 Material Permanente (Subtotal)	495,9	109,1	35,0	-	-	144,1	-	-	144,1	640,0
1.3.1 Móveis e Utensílios	54,9	40,0	-	-	-	40,0	-	-	40,0	94,9
1.3.2 Equipamentos Auxiliares	441,0	69,1	35,0	-	-	104,1	-	-	104,1	545,1
1.4 Documentação (Subtotal)	238,7	87,3	90,0	90,0	90,0	357,3	90,0	90,0	447,3	686,0
1.4.1 Livros e Periódicos	115,9	45,1	47,0	47,0	47,0	186,1	47,0	47,0	233,1	349,0
1.4.2 Documentação Diversa	122,8	42,2	43,0	43,0	43,0	171,2	43,0	43,0	214,2	337,0
1.5 Elaboração de Projetos	220,0	130,0	200,0	-	-	330,0	-	-	330,0	550,0
S U B T O T A L 1	1.449,9	605,1	425,0	90,0	90,0	1.210,1	90,0	90,0	1.300,1	2.750,0
2. DESPESAS DE OPERAÇÃO										
2.1 Pessoal (Subtotal 2.1)	2.874,0	2.376,0	2.375,0	2.375,0	2.375,0	9.501,0	2.375,0	2.375,0	11.876,0	14.750,0
2.1.1 Científico	1.518,3	1.417,8	1.415,0	1.415,0	1.415,0	5.662,8	1.415.0	1.415.0	7.077,8	8.596,1
2.1.2 Técnico	906,0	557,0	540,0	540,0	540,0	2.177,0	540,0	540,0	2.717,0	3.623,0
2.1.3 Administrativo	449,7	401,2	420,0	420,0	420,0	1.661,2	420,0	420,0	2.081,2	2.530,9
2.2 Material de Consumo Diverso	205,3	124,7	130,0	130,0	130,0	514,7	130,0	130,0	644,7	850,0
2.3 Aperfeiçoamento de Pessoal	130,0	95,0	90,0	90,0	90,0	365,0	90,0	90,0	455,0	585,0
2.4 Assistência Técnica (Subtotal)	356,8	308,2	300,0	300,0	300,0	1.208,2	300,0	300,0	1.508,2	1.865,0
2.4.1 Consultoria	341,8	278,2	285,0	300,0	300,0	1.163,2	300,0	300,0	1.463,2	1.805,0
2.4.2 Serv. Instal. e Manut.	15,0	30,0	15,0	-	-	45,0	-	-	45,0	60,0
2.5 Itens Suplementares (Subtotal)	590,7	449,3	465,0	465,0	465,0	1.844,3	465,0	465,0	2.309,3	2.900,0
2.5.1 Viagens	412,3	287,7	300,0	300,0	300,0	1.187,7	300,0	300,0	1.487,7	1.900,0
2.5.2 Outros	178,4	161,6	165,0	165,0	165,0	656,6	165,0	165,0	821,6	1.000,0
S U B T O T A L 2	4.156,8	3.353,2	3.360,0	3.360,0	3.360,0	13.433,2	3.360,0	3.360,0	16.793,2	20.950,0
T O T A L 1 + 2	5.606,7	3.958,3	3.785,0	3.450,0	3.450,0	14.643,3	3.450,0	3.450,0	18.093,3	23.700,0

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADAS À SAÚDE - CEPAS - CONVÊNIO 281/CT - FINEP/FIOCRUZ

RESUMO DO ORÇAMENTO GLOBAL POR ÁREAS DE ATUAÇÃO - Período: Março de 1977 - Fevereiro de 1979 (*) TABELA 4

RECURSOS DO FNDCT

Em Cr$ Mil

Categoria Econôm.	Especificação da Despesa / ÁREAS	Coordenação e Apoio	Doenças Transmissíveis	Saúde Materno - Infantil	Doenças não Transmissíveis	Estudos Médico-Sanitários	Metodologia de Análise de Dados de Regis	TOTAL GLOBAL
3000	DESPESAS CORRENTES (TOTAL)	9.737,8	3.302,8	3.102,3	1.999,7	2.597,4	910,0	21.650,0
3100	DESPESAS DE CUSTEIO (SUBTOTAL)	8.126,3	2.722,8	2.495,8	1.835,2	2.144,0	756,0	18.080,1
3111	PESSOAL (SUBTOTAL)	5.216,7	1.829,5	1.727,4	477,9	1.218,3	387,7	10.857,5
3111-01	PESSOAL - Vencimentos Fixos (SUBTOTAL)	4.647,8	1.694,4	1.690,5	351,4	1.187,6	387,7	9.959,1
	a) Científico	2.093,7	988,8	1.690,5	351,4	1.187,6	135,0	6.447,0
	b) Técnico	850,0	570,9	-	-	-	252,7	1.673,6
	c) Administrativo	1.703,8	134,7	-	-	-	-	1.838,5
3111-02	PESSOAL - Despesas Variáveis	569,2	135,1	36,9	126,5	30,7	-	898,4
3120	MATERIAL DE CONSUMO DIVERSO	553,9	157,2	58,4	155,7	47,8	27,0	1.000,0
3130	SERVIÇOS DE TERCEIROS (SUBTOTAL)	2.185,7	663,1	661,7	1.064,0	829,8	316,3	5.720,6
3131	REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS	1.532,9	174,8	496,0	544,5	692,5	285,3	3.726,0
3132	OUTROS SERVIÇOS (SUBTOTAL)	652,8	488,3	165,7	619,5	137,3	31,0	1.994,6
	a) Manutenção	50,0	10,0	-	-	-	-	60,0
	b) Viagens e Diárias	432,8	405,3	120,7	379,5	92,3	6,0	1.436,6
	c) Outros	170,0	73,0	45,0	140,0	45,0	25,0	498,0
3140	ENCARGOS DIVERSOS	170,0	73,0	48,3	137,6	48,1	25,0	502,0
3250	CONTRIBUIÇÃO PREVIDÊNCIA SOCIAL	1.611,5	580,0	606,5	164,5	453,4	154,0	3.569,9
4100	DESPESAS DE INVESTIMENTO (SUBTOTAL)	908,0	619,9	101,1	342,0	59,0	20,0	2.050,0
4130	EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES (SUBTOTAL)	590,0	466,7	64,4	282,0	16,0	-	1.419,1
	a) Equipamentos de pesquisas	156,0	363,7	52,3	252,0	-	-	824,0
	b) Equipamentos Auxiliares	384,0	103,0	12,1	30,0	16,0	-	545,1
	c) Instalações	50,0	-	-	-	-	-	50,0
4140	MATERIAL PERMANENTE (SUBTOTAL)	318,0	153,2	36,7	60,0	43,0	20,0	630,9
	a) Documentação	268,0	110,0	35,0	60,0	43,0	20,0	536,0
	b) Móveis e Utensílios	50,0	43,2	1,7	-	-	-	94,9
	T O T A L	10.645,8	3.922,7	3.203,4	2.341,7	2.656,4	930,0	23.700,0

(*) Inclui os recursos do FNDCT já liberados ao Programa PEPPE.

MEL/.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADOS A SAÚDE - CEPAS
Convênio 281/CT - FINEP/FIOCRUZ
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DOS RECURSOS DO FNDCT
PERÍODO: Março de 1977 - Fevereiro de 1978

TABELA 5

EM Cr$ MIL

Categoria Econôm.	Especificação da Despesa	RECURSOS JÁ LIBERADOS ATÉ FEV.78	1978					1979	TOTAL POR LIBERAR	TOTAL DO CONVÊNIO
			1º TRIM.	2º TRIM.	3º TRIM.	4º TRIM.	TOTAL DO ANO	1º TRIM. E TOTAL DO ANO		
3000	DESPESAS CORRENTES (TOTAL)	4.469,6	3.492,4	3.572,0	3.372,0	3.372,0	13.808,4	3.372,0	17.180,4	21.650,0
3100	DESPESAS DE CUSTEIO (SUBTOTAL)	3.965,6	2.866,5	2.947,0	2.767,0	2.767,0	11.347,5	2.767,0	14.114,5	18.080,1
3111	PESSOAL (SUBTOTAL)	1.001,5	1.936,0	1.955,0	1.955,0	1.955,0	7.801,0	1.955,0	9.756,0	10.857,5
3111-01	PESSOAL - Vencimentos Fixos (SUBTOTAL)	961,5	1.777,6	1.805,0	1.805,0	1.805,0	7.192,6	1.805,0	8.997,6	9.959,1
	a) Científico	200,0	1.247,0	1.250,0	1.250,0	1.250,0	4.997,0	1.250,0	6.247,0	6.447,0
	b) Técnico	311,8	261,8	275,0	275,0	275,0	1.086,8	275,0	1.361,8	1.673,6
	c) Administrativo	449,7	268,8	280,0	280,0	280,0	1.108,8	280,0	1.388,8	1.838,5
3111-02	PESSOAL - Despesas Variáveis	140,0	158,4	150,0	150,0	150,0	608,4	150,0	758,4	898,4
3120	MATERIAL DE CONSUMO DIVERSO	220,3	151,7	157,0	157,0	157,0	622,7	157,0	779,7	1.000,0
3130	SERVIÇOS DE TERCEIROS (SUBTOTAL)	2.479,4	721,2	765,0	585,0	585,0	2.656,2	585,0	3.241,2	5.720,6
3131	REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS	1.973,7	407,3	460,0	295,0	295,0	1.457,3	295,0	1.752,3	3.726,0
3132	OUTROS SERVIÇOS (SUBTOTAL)	505,7	313,9	305,0	290,0	290,0	1.198,9	290,0	1.488,9	1.994,6
	a) Manutenção	15,0	30,0	15,0	-	-	45,0	-	45,0	60,0
	b) Viagens e Diárias	312,3	224,3	225,0	225,0	225,0	899,3	225,0	1.124,3	1.436,6
	c) Outros	178,4	59,6	65,0	65,0	65,0	254,6	65,0	319,6	498,0
3140	ENCARGOS DIVERSOS	164,4	57,6	70,0	70,0	70,0	267,6	70,0	337,6	502,0
3250	CONTRIBUIÇÃO PREVIDÊNCIA SOCIAL	504,0	625,9	625,0	605,0	605,0	2.460,9	605,0	3.065,9	3.569,9
4100	DESPESAS DE INVESTIMENTO (SUBTOTAL)	1.137,1	465,9	213,0	78,0	78,0	834,9	78,0	912,9	2.050,0
4130	EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES (SUBTOTAL)	936,3	347,8	135,0	-	-	482,8	-	482,8	1.419,1
	a) Equipamentos de pesquisas	445,3	278,7	100,0	-	-	378,7	-	378,7	824,0
	b) Equipamentos Auxiliares	441,0	69,1	35,0	-	-	104,1	-	104,1	545,1
	c) Instalações	50,0	-	-	-	-	-	-	-	50,0
4140	MATERIAL PERMANENTE (SUBTOTAL)	200,8	118,1	78,0	78,0	78,0	352,1	78,0	430,1	630,9
	a) Documentação	145,9	78,1	78,0	78,0	78,0	312,1	78,0	390,1	536,0
	b) Móveis e Utensílios	54,9	40,0	-	-	-	40,0	-	40,0	94,9
	T O T A L	5.606,7	3.958,3	3.785,0	3.450,0	3.450,0	14.643,3	3.450,0	18.093,3	23.700,0

T A B E L A 6

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS TOTAIS ORÇADOS PARA O
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS APLICADOS À SAÚDE

CEPAS

Em Cr$ Mil

Categoria Econôm.	FONTES / Especificação da Despesa	RECURSOS DO FNDCT	CONTRAPARTIDA FIOCRUZ	T O T A L G L O B A L
3000	DESPESAS CORRENTES (TOTAL)	21.650,0	12.604,0	34.254,0
3100	DESPESAS DE CUSTEIO (SUBTOTAL)	18.080,1	9.815,5	27.895,6
3111	PESSOAL (SUBTOTAL)	10.857,5	8.976,5	19.834,0
3111-01	PESSOAL - Vencimentos Fixos (SUBTOTAL)	9.959,1	8.361,5	18.320,6
	a) Científico	6.447,0	5.996,0	12.443,0
	b) Técnico	1.673,6	1.593,0	3.266,6
	c) Administrativo	1.838,5	772,5	2.611,0
3111-02	PESSOAL - Despesas Variáveis	898,4	615,0	1.513,4
3120	MATERIAL DE CONSUMO DIVERSO	1.000,0	182,0	1.182,0
3130	SERVIÇOS DE TERCEIROS (SUBTOTAL)	5.720,6	607,0	6.327,6
3131	REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS	3.726,0	147,0	3.873,0
3132	OUTROS SERVIÇOS (SUBTOTAL)	1.994,6	460,0	2.454,6
	a) Manutenção	60,0	-	60,0
	b) Viagens e Diárias	1.436,6	400,0	1.836,6
	c) Outros	498,0	60,0	558,0
3140	ENCARGOS DIVERSOS	502,0	50,0	552,0
3250	CONTRIBUIÇÃO PREVIDÊNCIA SOCIAL	3.569,9	2.788,5	6.358,4
4100	DESPESAS DE INVESTIMENTO (SUBTOTAL)	2.050,0	1.096,0	3.146,0
4130	EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES (SUBTOTAL)	1.419,1	906,0	2.325,1
	a) Equipamentos de pesquisas	824,0	668,0	1.492,0
	b) Equipamentos Auxiliares	545,1	98,0	643,1
	c) Instalações	50,0	140,0	190,0
4140	MATERIAL PERMANENTE (SUBTOTAL)	630,9	190,0	820,9
	a) Documentação	536,0	190,0	726,0
	b) Móveis e Utensílios	94,9	-	94,9
	T O T A L	23.700,0	13.700,0	37.400,0

NOTA: Inclui os recursos aprovados e liberados para o Programa PEPPE, até o mes de fevereiro de 1978.

MEL/.

A N E X O 3

NOVOS PROJETOS SUBMETIDOS A FINEP

PEPPE 21.3 - Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar em Área Peri-Urbana

PEPPE 22.1 - Organização Social da Assistência Médica Dirigida ao Grupo Materno-Infantil

PEPPE 41.0 - Localização de Serviços de Saúde em Áreas Urbanas: Subsídios para o Estudo do Problema

PEPPE 42.0 - A Mortalidade por Tipos de Câncer no Município do Rio de Janeiro, 1955-75

PEPPE 44.0 - Hipertensão Arterial: Uma Perspectiva sócio-ecológica

PROJETO PEPPE 21.3

1. TÍTULO DO PROJETO:

Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar em Área Peri-Urbana

2. DURAÇÃO:

12 meses a partir da data da aprovação do Projeto

3. ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Fundação Oswaldo Cruz

Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais
e Epidemiológicas - PEPPE

4. COORDENADOR:

Paulo Chagastelles Sabroza

Professor Assistente da Escola de Saúde Pública

5. ENDEREÇO:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - 9º andar

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ

CEP 20.000 - Telefone: 230.13.18

CONTEÚDO

INTRODUÇÃO

OBJETIVO GERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

METODOLOGIA

REFERÊNCIAS IMPORTANTES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

PREVISÃO DE RECURSOS/ORÇAMENTO

CURRICULA VITAE

PROJETO PEPPE 21.3

EPIDEMIOLOGIA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR EM ÁREA PERI-URBANA

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos os casos clínicos de leishmaniose tegumentar tem aumentado em vários estados do Brasil. Mesmo considerando que tenha havido melhora no diagnóstico e registro, atribuída à extensão da rede de serviços de saúde, acredita-se que parte deste incremento representa um risco maior de incidência da doença.

Em áreas de desmatamento recente tem se repetido as epidemias já descritas no início do século, com características que permitiram identificar a enfermidade como um agravo de natureza profissional e representativa daquelas consideradas como mantidas por um foco natural. Os aspectos parasitológicos destes focos tem sido bem estudados principalmente na Amazônia. Depois de algum tempo estabelecida a colonização a intensidade da transmissão tende a diminuir.

Em outras regiões, entretanto, o ciclo da infecção tem se mantido muito tempo depois de terminada a fase de imigração e transformação do ecossistema. A manutenção do zoonose silvestres em zonas rurais tem sido atribuída à persistência de áreas em que se manteve a vegetação anterior junto às novas culturas, formando mosaicos. Outra explicação considera a possibilidade da intervenção humana estabelecer modificações que possibilitem uma alteração qualitativa no ciclo do agente parasitário, oferecendo alternativas diversas daquelas do foco natural e gerando novas situações epidemiológicas.

Em relação à leishmaniose tegumentar tem sido observado em áreas de colonização antiga a persistência da doença e mesmo epidemias em áreas próximas às cidades. Nestes casos não se encontra diferença de risco entre os sexos ou grupos etários. A concentração dos casos em determinadas localidades e em certas famílias parece evidenciar a predominância de transmissão intra ou peri-domiciliar.

Não se conhece a razão por que se observa a transmissão em

certas localidades e não em outras. Os vetores incriminados e os possíveis reservatórios são encontrados amplamente distribuidos . A possibilidade de animais domésticos, como o cão, atuarem como amplificador ainda é discutida.

Em 1974 ocorreu uma epidemia de leishmaniose tegumentar em Jacarepaguá, Rio de Janeiro. A investigação mostrou que a doença era antiga na região, com casos esporádicos, ocorrendo subitamente intensificação da transmissão em certas localidades, sem que tivesse havido imigração ou desmatamento importantes. Possíveis vetores foram encontrados nas áreas de transmissão intensa e em áreas em que foram observados apenas casos isolados.

Em outras ocasiões foram diagnosticados casos de leishmaniose tegumentar em localidades próximas, sendo que em 1977 ocorreu um caso autóctone de leishmaniose visceral. A investigação do foco mostrou uma fauna flebotomínea abundante mas não se encontrou lesões tegumentares. Em uma mesma região as variações climáticas e a distribuição das espécies de vetores e reservatórios silvestres não podem justificar as diferenças de prevalência da infecção. Diferenças quantitativas relacionadas com variações de suas densidades poderiam entretanto explicar as gradações de risco. Estas gradações de densidades e de risco seriam em parte devidas às características físicas como altitude e micro-clima mas principalmente decorrência das ações do homem sobre o ambiente, determinadas por suas relações de trabalho.

A região central do município do Rio de Janeiro possibilita que nela sejam estudadas estes aspectos da epidemiologia da leishmaniose não só por sua proximidade e facilidade de acesso como pela magnitude com que tem ocorrido a transmissão na área e a diversidade de ambientes e formas de ocupação humana que nela são encontrados.

METODOLOGIA

Foram selecionadas para o estudo oito localidades situadas na encosta do Maciço Central do município do Rio de Janeiro, nas vertentes oceânica e continental (Figura 1).

Cada localidade apresenta uma parte das casas construida na encosta e parte na baixada próxima. O tipo de construção, a vegetação e o uso da terra varia tanto entre as localidades como entre a baixada e a encosta dentro de cada uma delas.

Duas abordagens serão utilizadas: a primeira tem como unidade de estudo a comunidade, sendo utilizados métodos antropológicos como histórias de vida e rede social para determinação das relações de trabalho, familiares e de propriedade e métodos ecológicos para o estudo das características físicas - climáticas e geológicas - e biológicas - vegetação e fauna predominante, principalmente de insetos hematófagos.

A segunda enfoca a família como unidade, procurando quantificar a prevalência de infectados entre os indivíduos e fatores de risco envolvidos, como tipo de habitação, presença de cães infectados, densidade de vetores no peri-domicílio e condições de vida dos moradores. Será desenvolvida através de inquérito epidemiológico.

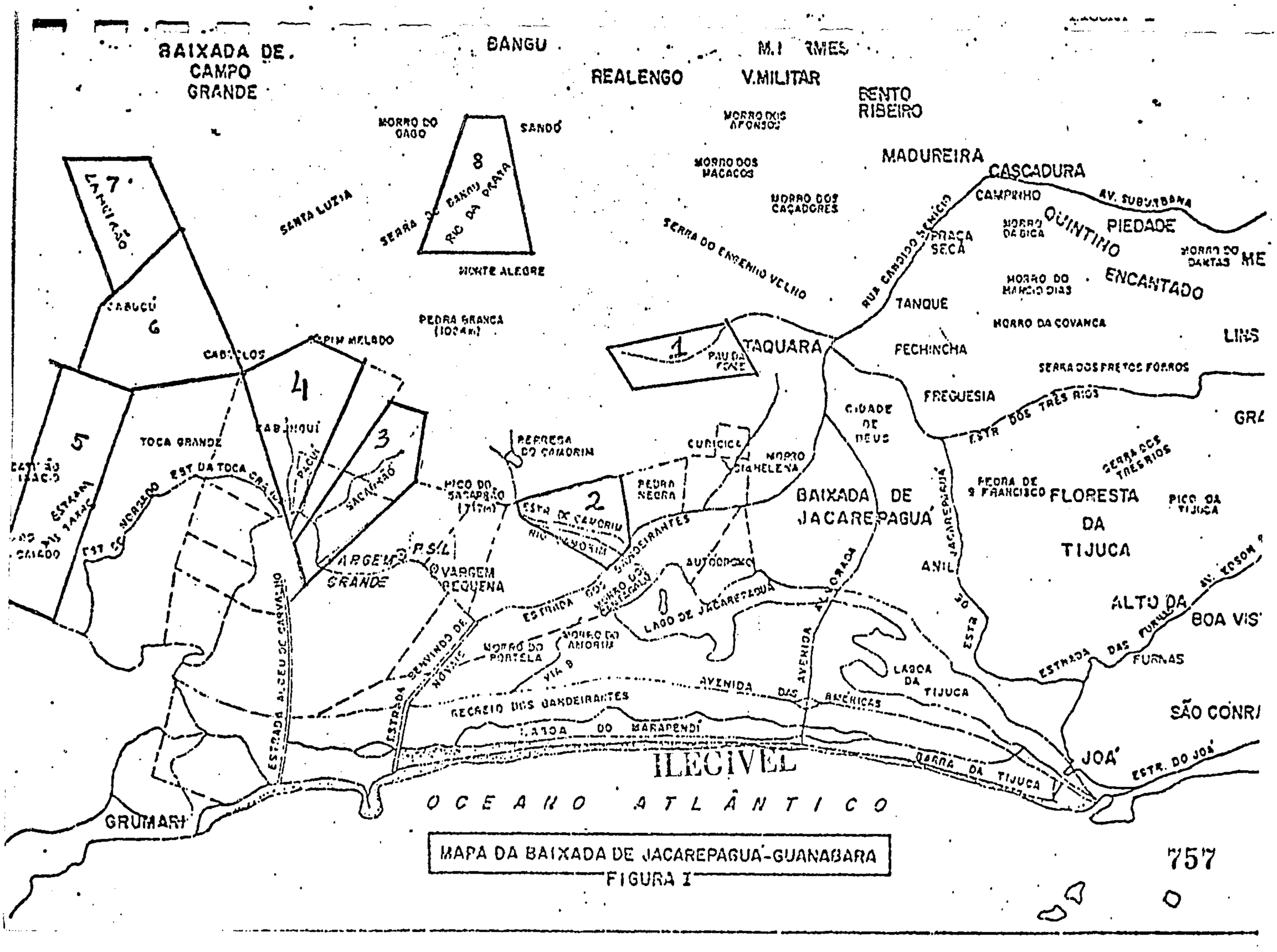
O inquérito será feito por amostragem, com amostras separadas para cada localidade, estraficadas segundo a altitude. A unidade de amostra será o domicílio, sendo previsto o estudo de 240 casas, 30 por localidade, com um número esperado de 1200 habitantes incluidos na amostra geral. Em cada casa sorteada será realizado: inquérito de morbidade, com listagem das queixas referidas e exame centrado na procura de sinais de leishmaniose; inquérito imunológico, com realização da Intradermo-reação de Montenegro nos moradores maiores de 1 ano; inquérito familiar, com levantamento das características demográficas e sócio-econômicas; inquérito canino, com registro da população canina e retirada de amostra de sangue para reação de imuno-fluorescência, além de exame clínico e biópsia; inquérito entomológico, com duas capturas de uma hora de duração.

Nos indivíduos positivos à IRM (reação maior que 8 mm) será retirado amostra de sangue por punção digital, assim como de amostra dos reatores negativos e dos duvidosos, pareados por idade

e sexo, para realização de reação de imuno-fluorescÇencia indireta.

Os dados serão analisados por computação eletrônica.

Os exames laboratoriais, parasitológicos e sorológicos serão realizados no laboratório de protozoologia da FIOCRUZ, como parte do Projeto estudo imunológico da leishmaniose americana, da FIOCRUZ.



MAPA DA BAIXADA DE JACAREPAGUÁ-GUANABARA
FIGURA I

REFERÊNCIAS IMPORTANTES

I - DOS PRÓPRIOS PESQUISADORES

- SABROZA, P., MATSUDA, H. e MORGADO, A.F. - Características da Leishmaniose Tegumentar em Jacarepaguá, RJ. Trabalho apresentado no XI Congresso da Soc. Bras. de Med. Trop., RJ, 1975

- SABROZA, P., SOBRERO, N. e WAGNER, M. - Inquérito imonológico de Leishmaniose Tegumentar em Jacarepaguá, RJ. Trabalho apresentado no XI Congresso da Soc. Bras. de Med. Trop., RJ, 1975.

- SABROZA, P.C. - Características epidemiológicas da Leishmaniose Tegumentar no município do Rio de Janeiro - Trabalho apresentado no Concurso de Seleção para o Mestrado em Saúde Pública da FIOCruz, 1977 (mimeo).

- SABROZA, P., MARZOCHI, M. e SOUZA - Distribuição de flebotomíneos em foco de Leishmaniose Visceral no Rio de Janeiro - Trabalho apresentado no XIX Congresso da Soc. Bra. de Med. Trop., 1976.

- ANTUNES,N., COURA, J.R. e COUTINHO, S.G. - Surto de Leishmaniose Tegumentar na Ilha Grande, RJ. Apresentado no XII Congresso da Soc. Bras. de Med. Trop., 1976.

II - OUTRAS

- ARAGÃO, H.B. - Leishmaniose Tegumentar e sua transmissão pelos flebótomos, Mem. Inst. Osw. Cruz, 20 (2): 177-187, 1927.

- ASTON, D.L. THORLEY, A.P. - Leishmaniosis in Central Brazil. Results of a Montenegro Skin Test Survey among Ameridiens of the Xingu National Park. Trans. R. Joc. Trop. Med. Hyg., 64 (5) 671-8, 1970.

- AZULAY, J.D. - Investigação sobre a incidência da Leishmaniose no Vale do Araguaia - O Hospital, 56 (7): 431-438, Set. 1959

- AZULAY,J.D., SALGADO, V. - Surto epidêmico de Leishmaniose Tegumentar observado em paraquedistas do exercito no Amazonas. Medicina Cutanea 1 (4):347-352, 1966.

- BRUMPT, E. e PEDROSA, A. - Pesquisas epidemiológicas sobre a Leishmaniose Americana das florestas do Estado de S. Paulo. An. Paulistas. Med. e Cir, 1:97-137, 1913.

- CERQUEIRA, A. e VASCONCELOS, A. - A Leishmaniose nesta capital. Bol. Sanit. Rio de Janeiro, 1:35-47, 1922.

- CHIARI, C.A., MAYRINK, W. e MAGALHÃES, P.A. - Reação de imuno fluorescência indireta no controle de tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana. Rev. Inst. Med. Trop. S.Paulo, 15 (5): 291-303, 1973.

- DIAS, M. - Contribuição ao estudo da Leishmaniose Tegumentar no município de Caratinga, MG, Brasil. Tese de Mestrado apresentada ao Departamento de Zoologia e Parasitologia do Instituto de Ciências Biológicas da U.F.M.G., 1975.

- D'UTRA E SILVA, O. - Sobre a Leishmaniose Tegumentar e seu tratamento. Mem. Inst. Osw. Cruz, 7: 213-248,. 1915.

- FONSECA, O.J. M., LACAZ, C.S. e MACHADO,P.A. - Inquérito imunológico na Amazonia. Resultado preliminar. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, 15 (6): 405-416, 1973.

- FORATINI, O.P. - Entomologia Médica, São Paulo, Ed. Edgard. Blucher, 1973, V.4.

- GONZALEZ, H.A. e BIAGI, F.F. - Asymptamatic Infections in Mexican Cutaneous Leishmaniosis - Derm.. Int., 7 (1) 8-9, 1968.

- JUNQUEIRA, J.G. - Leishmaniose Cutânea. Rev. Paras. Med., 26 (10): 582, 1969.

- LAINSON, R. e SHAW, . . - Las Leishmanias y la Leishmaniasis del nuevo mundo, con particular referencia al Brasil. Bol. Ofic. San. Panam, 76 (2): 93-114, 1974.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Tema I da VI Conferência Nacional de Saúde - Situação atual do controle das grandes endemias, Brasília, PP-18-52, 1977 (mimeo).

- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Relatório final do grupo de estudo e controle da Leishmaniose em Jacarepaguá - Rio de Janeiro, Out. 1974 (mimeo).

- MENEZES, J. A. , REIS, V. e COURA, J.R. - Inquérito preliminar pela reação de Montenegro em população rural do município de Trajano de Moraes - RJ. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 6(4): 171-176, 1972.

- MENEZES,J.A. - Leishmaniose Tegumentar no Estado do Rio de Janeiro - Inquérito por intradermorreação. Tese de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e parasitárias da Faculdade de Medicina da U.F.R.J., 1976

- NAVARETTE, A e BIAGI, F.F. - Leishmaniases cutaneas: especificidad de la reacion intradermica de Montenegro. Prensa Med. (México) 25 (6): 321-23, 1960.

- NERY-GUIMARÃES, F. - Estudo de um foco de Leishmaniose mucocutânea na Baixada Fluminense - Mem. Inst. Osw. Cruz, 53 (1): 1-11, 1955.

- PESSOA, S.B. e PESTANA, R.B. - A intradermorreação de Montenegro nas campanhas sanitárias contra a Leishmaniose. Arq. Hig. e Saúde Púb., 11: 127-128, 1941.

- PESSOA, S.B. e BARRETO. M.P. - Leishmaniose Tegumentar Americana - Trabalho do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina da Univ. de São Paulo. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1948.

- PESSOA, S.B. - Paraistologia Médica - Rio de Janeiro, Ed. Guanabara-Koogan, 1967.

- RABELLO, E. - Distribuição Geográfica no Brasil da Leishmaniose. Bol. Soc. Bras. Dermat. 2: 26-28, 1913.

- VIANA MARTINS, A., BARRETO, Z. e PELLEGRINO, J. - Observaçoes preliminares sobre um foco de Leishmaniose Tegumentar Americana em Minas Gerais - Rev. Bras. Malariol. Doença Trop., 8 (4): 576-581, 1956.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Duração total do projeto: 12 meses

Fases

1 - Preparação e levantamentos preliminares

duração prevista - 2 meses

1.1 - Levantamento geográfico das localidades; cadastro dos domicílios e seleção das amostras. Contatos preliminares com as comunidades. Estudos pilotos.

1.2 - Elaboração de questionários; treinamento e padronização de entrevistadores.

1.3 - Coleta e análise de séries históricas de dados meteorológicos e populacionais da área.

2 - Trabalho de campo - Estudo da comunidade

duração prevista - 8 meses a partir do 3º mês de duração do projeto.

2.1 - Estudo antropológico - coleta de dados sobre a evolução do povoamento da área, ocupação e propriedade das terras e organização social das comunidades, através de entrevistas e estudo de registros.

2.2 - Estudo ecológico - registro comparado das características climáticas locais. Levantamento das principais espécies da flora e da fauna da região. Estudo entomológico com identificação dos locais de maior densidade de flebotomíneos e coleta sequenciada de vetores em 16 estações de captura; em cada localidade, uma na área de encosta e uma na baixada.

3 - Trabalho de campo - Inquérito domiciliar

duração prevista: 8 meses, a partir do 3º mês de duração do projeto.

3.1 - Inquérito familiar - registro de dados sobre as características habitacionais, culturais e de trabalho dos moradores das localidades, por amostragem.

3.2 - Inquérito de morbidade - estudo de morbidade referida, a partir de entrevistas e de sinais de leishmaniose ou outra doença evidente, através de exame clínico, por amostragem.

3.3 - Inquérito entomológico - coleta de vetores nos domicílios e peri-domicílios das unidades incluidas no estudo. Estão previstas duas capturas de uma hora de duração para cada unidade, com controle da época do ano e do horário da coleta.

3.4 - Inquérito imunológico - inquérito por intradermorreação de Montenegro nos moradores de mais de um ano de idade dos domicílios sorteados. Estima-se que serão realizados 1.200 testes. Será coletado sangue de uma sub-amostra de 300 pareada por idade e sexo, para estudo sorológico comparativo, por reação de imuno-fluorescência indireta, entre os positivos e os negativos à IRM.

3.5 - Inquérito canino - Estudo da importância do cão como reservatório, através de coleta de sangue para reação de fixação de complemento e imuno-fluorescência e biopsia para pesquisa de parasitas: Está previsto o exame de aproximadamente 300 cães.

4 - Análise e apresentação dos resultados.

duração prevista: 2 meses, a partir do 11º mês de duração do projeto.

4.1 - Análise estatística dos resultados dos inquéritos. Programação e computação eletrônica.

4.2 - Análise dos dados empíricos em confronto com aquela dos estudo antropológicos e ecológicos.

4.3 - Preparação do relatório final da pesquisa.

PROJETO PEPPE 22.1

1. TITULO DO PROJETO:
"ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRIGIDA AO GRUPO MATERNO-INFANTIL"

2. DURAÇÃO:
14 meses (01/01/78 - 28/28/02/79)

3. ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:
Fundação Oswaldo Cruz
Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas - PEPPE

4. COORDENADORA:
Dra. Marília Bernardes Márques
Professora Assistente da Escola Nacional de Saúde Pública
Pesquisadora Associada do PEPPE

5. ENDEREÇO:
Rua Leopoldo Bulhões 1480 - 9º andar
Manguinhos, Rio de Janeiro
CEP 20.000 - Telefone 230.1318

6. COMISSÃO SUPERVISORA:
Aprovado pela Comissão Supervisora do PEPPE em:

7. SUBMETIDO A FINEP EM:

C O N T E Ú D O

RESUMO

INTRODUÇÃO

JUSTIFICATIVAS

OBJETIVOS

DISCUSSÃO TÉCNICA - Direção Teórica e Metológica

1. Princípio da origem tridimensional
2. Princípio do processo

HIPÓTESE

Etapas do projeto
Área selecionada

BIBLIOGRAFIA

CRONOGRAMA

RECURSOS HUMANOS

PREVISÃO DE RECURSOS/ORÇAMENTO

PROJETO PEPPE - ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRIGIDA AO GRUPO MATERNO-INFANTIL

RESUMO

O presente projeto centra-se em três objetivos. O primeiro, traz como proposta estudar a evolução dos conceitos no campo da atenção materno-infantil, partindo da hipótese de que o objeto do trabalho nesta área é categorizado não exclusivamente em função da sua determinação biológica, mas em função da sua determinação histórica e social. Visa portanto a caracterização do objeto do trabalho em atenção materno-infantil, através da análise das nosologias que foram sendo privilegiadas pelas especialidades médicas que a compõe, ao longo dos seus diferentes momentos históricos, para a apreensão dos determinantes deste privilegiamento. As questões fundamentais que se colocam para este objetivo são: em que condições a morbi-mortalidade do grupo materno-infantil se coloca como um problema prioritário? porque esta prioridade passa a ocorrer à partir de um dado momento?

Os demais objetivos do projeto visam caracterizar o padrão atual de organização da assistência médica dirigida ao grupo em uma área urbano-industrial e apreender os determinantes deste padrão através da análise das relações estabelecidas entre agentes, instrumentos e objeto desta prática médica. Para tanto será efetuada a caracterização dos elementos componentes do processo de trabalho em atenção materno-infantil: agentes, meios materiais e relações; esta etapa comportará a delimitação institucional do setor saúde na área do projeto, que será efetuada através do levantamento e ordenação dos meios materiais (instrumentos e serviços) e dos recursos humanos, visando a caracterização das modalidades de organização do setor de produção de assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil. Ainda nesta etapa será efetuada a caracterização das relações estabelecidas entre os agentes e o processo de trabalho, através de entrevistas que serão aplicadas entre profissionais de diferentes categorias, pertencentes às diversas modalidades do setor de produção de assistência médica na área. Para estes objetivos, a questão fundamental que o projeto pretende responder é a seguinte: que resistências se oferecem e qual a receptividade para o discurso técnico da atenção materno-infantil com sua proposta racionalizadora, em uma sociedade cujo setor saúde se organiza em função de determinantes dos seus planos econômicos e social e onde predomina a ideologia liberal da medicina?

nsc.

"ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DIRIGIDA AO GRUPO MATERNO INFANTIL".

INTRODUÇÃO

A análise de documentos oficiais, de caráter legal ou não, provenientes de diferentes instituições componentes do Setor Saúde no país, revela o privilegiamento conferido ao contingente populacional representado por lactentes, pré-escolares, adolescentes (até 19 anos de idade) e mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos de idade), designado comumente "grupo materno-infantil".

O destaque dado ao grupo justificou a destinação de recursos especiais através do II Plano Nacional de Desenvolvimento; em 1975, formulou-se o Programa de Saúde Materno-Infantil, a ser implantado nos Estados e Territórios da Federação, sob a assistência técnica e financeira da CPMI (Coordenadoria de Proteção Materno-Infantil), órgão pertencente ao Ministério da Saúde (1). Também o Programa de Nutrição em Saúde (PNS) do mesmo Ministério, através do INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) estipula como população alvo para o período de 1976 a 1979, ao "grupo populacional carente de recursos, constituído por gestantes, nutrizes e crianças com idade de 6 meses a 6 anos, demandantes dos serviços de saúde, de instituições vinculadas ou de outras entidades oficiais ou beneficientes participantes do Programa na Unidade Federativa". (2)

Mais recentemente, durante a VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, patrocinada pelo Ministério da Saúde, ficou evidenciada a manutenção do enfoque que privilegia ao grupo em termos de Política de Saúde, com ênfase posta no programa de prevenção da gravidez de alto risco.

O caráter prioritário com o qual se contempla ao grupo é usualmente justificado pela importância numérica do mesmo, compondo aproximadamente 70% da população brasileira e também pelo fato de caracterizar-se pela vulnerabilidade aos riscos de adoecer e/ou morrer.

É precisamente sobre o grupo materno-infantil e, particularmente sobre a assistência médica a ele oferecida que se centra o presente projeto. Seu campo de interesse, portan-

to, é delimitado pelas áreas da medicina voltadas para os problemas de saúde específicos da mulher e da criança, compreendendo a Obstetrícia e a Ginecologia (Tocoginecologia) e a Pediatria. Para os fins da presente análise, a referência à "assistência médica" ou à "atenção médica" deverá ser entendida como o conjunto de atividades dirigidas ao indivíduo, pois não pretendemos entrar no campo de discussões conceituais referentes à saúde individual versus saúde coletiva.

A delimitação de um tal campo de análise, vincula-se a indagações referentes à participação de diferentes determinantes na prioridade conferida à atenção materno-infantil em termos de Políticas de Saúde, não apenas no Brasil mas em nível internacional, e que vem acontecendo há algumas décadas. É possível verificar que esta prioridade vem sendo apregoada em inúmeras publicações de cunho técnico, que tiveram e tem tido um grande desenvolvimento e uma forte repercussão fora dos ambientes exclusivamente acadêmicos.

A maioria destes estudos recorre ao enfoque epidemiológico, ora focalizando os indicadores de saúde relacionados com a maternidade e com a infância, ora utilizando o conceito de multicausalidade, que associa variáveis sócio-econômicas, demográficas, culturais e biológicas para discriminar grupos de mulheres e de crianças segundo o risco de apresentar um dado evento desfavorável.

Os trabalhos que empregam a primeira das modalidades de enfoque epidemiológico geralmente utilizam os indicadores de mortalidade para apontar as condições de saúde infantil e materna. Tais indicadores são vistos como uma forma de expressar numericamente os riscos aos quais o grupo está exposto em uma dada sociedade, sendo frequentes as comparações entre cifras observadas em diferentes países. Assim, a gravidade e a precariedade das condições de saúde da população infantil são usualmente apresentadas através da taxa de mortalidade referente ao grupo de menores de 1 ano de idade. A verificação do predomínio do componente de mortalidade infantil tardia (28 dias a 12 meses de idade), em relação ao componente de mortalidade neonatal (de 0 a 28 dias de idade), é aceito como padrão característico de áreas ou países menos desenvolvidos. (3)

No detalhamento deste padrão, os autores chamam atenção para o predomínio das causas evitáveis, próprias das "baixas condições sócio-econômicas, da nutrição precária, da

falta de saneamento básico, do baixo nível cultural, das condições inadequadas de habitação", aparecendo disputando pelo primeiro lugar as causas respiratórias agudas, as diarréicas , as infecto contagiosas e, principalmente, a desnutrição..

Ao referir-se às elevadas taxas observadas nos menores de 28 dias de idade, os autores apontam para o predomínio geralmente observado do componente de mortalidade neonatal precoce (menores de 7 dias), e neste predominando a ocorrência de óbitos entre menores de 24 horas de vida.

A mortalidade perinatal por sua vez, formada pela mortalidade neonatal precoce somada à taxa de natimortalidade, apresenta valores elevados que são usualmente interpretados como decorrência da ausência ou má qualidade do atendimento de pré-natal, assim como da precária assistência hospitalar à gestante e ao recém-nascido. Estes estudos também ressaltam que a elevada taxa de ocupação dos leitos hospitalares força a alta precoce e em decorrência da mesma, várias das patologias que acometem ao recém-nascido, como as icterícias, os distúrbios metabólicos, as septicemias, terminam escapando ao controle pediátrico, contribuindo para, além de aumentar as cifras de mortalidade neonatal, provocar sequelas invalidantes de diferentes graus. (4,5.)

O problema mais relevante apresentado por estes trabalhos, é o representado pela prematuridade, seguido de perto pela condição de baixo peso para a idade gestacional ao nascimento e pelo abortamento. Este último é apontado como a principal causa de óbito materno, em decorrência dos procedimentos adotados para a sua efetuação.

Dentre os estudos focalizados nos indicadores de morbi-mortalidade, a Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância (OPAS, Publicação Científica nº 262, 1973), seguramente foi a que maior impacto provocou junto aos governos dos países latino-americanos. Nesta investigação, o Brasil esteve representado pelos municípios de São Paulo, Franca (S.P.) e Recife (PE) e um dos fatores mais importantes associados com a morbi-mortalidade do menor, esteve representando pelo baixo peso ao nascer, relacionado com a deficiência nutricional durante o período gestacional e que se continua durante os primeiros anos de vida.

Por outro lado, a aplicação do conceito de multicausalidade pelos estudos que se propõem a analisar os riscos

que afetam a saúde da mãe durante as etapas pré,intra e pós-gestacional, assim como os riscos para a saúde da criança, durante o processo de crescimento e desenvolvimento,pretende conferir um sentido epidemiológico globalizador, ao abarcar como variáveis estatísticas fatos sociológicos, psicológicos e biológicos. A maioria destes estudos termina por apontar aos fatores maternos como sendo os que participam com maior frequência na determinação de eventos desfavoráveis (prematuridade , baixo peso ao nascer, abortamento, óbito perinatal, etc). (6, 7, 8, 9, 10, 11)

BENEDETTI (12), estudando as alterações placentárias associadas com o nascimento de recém-nascidos de baixo peso para a idade gestacional, enumera as seguintes causas ou fatores maternos: características gerais maternas (idade, baixa estatura, baixo peso, pequeno ganho ponderal durante a gestação, primiparidade, gestação múltipla, multiparidade), condições sócio-econômicas inadequadas (associadas à nutrição deficiente, ao excessivo esforço físico, etc), alterações da distribuição sanguínea materna (cardiopatias graves, hipertensão arterial, diabetes mellitus, etc)

Tais investigações sugerem que o "desperdício reprodutivo", representado pelo excesso de óbitos maternos, perinatais e infantis, e a excessiva morbidade observada durante estas etapas da vida, resultam da confluência de diversos fatores, existentes no indivíduo, no meio biofísico e social que o cerca, os quais, atuando de forma concomitante, determinam a qualidade com que se cumpre em uma dada sociedade o processo de reprodução e desenvolvimento humano.

O conceito de multicausalidade pode ser observado através do modo como alguns autores analisam fatos biológicos, sociais e psicológicos; um exemplo nos é oferecido por JURADO-GARCIA (13), que apresenta uma concepção muito particular do "ambiente" feto-embrionário:

> "microambiente, que además de incluir las características biológicas del útero, comprende al líquido amniótico, al cordón umbilical, las membranas corioamnióticas y, muy importantemente a la placenta
>
> matroambiente, que comprende a las características biológicas, patológicas y psicológicas del organismo materno, " terreno donde debe germinar la semilla"y...

macroambiente, que se integra por las características del medio en que vive la embarazada y dentro del cual se incluye al patrón familiar, célula de la colectividad y al complejo sistema bio - psico socio-econômico-cultural que singulariza a las colectividades humanas..."

Verificamos que o conceito de multicausalidade constitui a base da argumentação científica da vulnerabilidade dos riscos que acometem ao grupo materno-infantil e que permite colocá-lo como prioritário para a Política de Saúde; deste modo, o conceito permite justificar a inclusão da mulher, grávida ou não, no grupo prioritário de uma vez que a mesma passa a ser observada principalmente à partir da vulnerabilidade do embrião, do feto e da criança; a inclusão da criança, por sua vez, decorre de sua vulnerabilidade, que expressa risco potencial de óbito ou de desenvolvimento de lesões irreversíveis, cuja presença numa determinada fase da vida, terminaria por afetar a própria capacidade produtiva do cidadão adulto. A este respeito, alguns estudos experimentais efetuados em animais e em seres humanos tem sugerido que poderia existir um período crítico do desenvolvimento cerebral, durante o qual, a desnutrição, mesmo de grau leve, poderia provocar lesões irreversíveis; este período parece corresponder à etapa de gestação e aos primeiros meses de vida pós-natal. (14)

A apresentação destas modalidades de enfoque epidemiológico dos problemas de saúde do grupo materno-infantil, permite concluir que as mesmas salientam as implicações que tais problemas tem sobre o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, através do seu impacto sobre a saúde dos sobreviventes e do efeito acumulado em gerações sucessivas; por estas razões tais problemas devem constituir uma das principais preocupações dos governos ao definirem suas políticas de saúde: de um lado, razões humanistas justificam o privilegiamento, posto que deve ser amparado um grupo sobre o qual recai a maior parcela da morbi-mortalidade geral e, pelo outro lado, a prioridade se justifica na medida em que o que está em jogo é a própria produtividade da população. Em face a estas razões, somadas à crise que se identifica no Setor Saúde da maioria dos países menos desenvolvidos, impotente para solucionar os gravíssimos problemas de saúde, o Programa Materno-Infantil surge como alter

nativa de solução, propondo-se a contribuir para melhorar as condições gerais de saúde do grupo e, portanto, da população como um todo. (15)

JUSTIFICATIVAS

Ao definir-se a assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil como objeto de análise, face à argumenta - ção apresentada pela literatura científica, aparentemente parece tratar-se de uma opção que recai sobre um campo conceitual definido, que se refere tanto a uma disciplina para o ensino e pesquisa nas escolas de ciências da saúde quanto a uma área específica do setor saúde. Esta evidência entretanto, é apenas aparente.

Em 1974, a Organização Panamericana da Saúde patrocinou um encontro entre representantes de várias escolas de medicina da América Latina para discussão de aspectos referentes à Atenção Materno-Infantil. (16) Nas conclusões deste seminário ficou evidenciada a necessidade de trabalhos de investigação dirigidos à caracterização do objeto e dos elementos componentes da Atenção Materno-Infantil, tendo os participantes concluído. após revisão dos diversos conceitos existentes para definí-la, que os mesmos são claramente deficientes e que os termos de referência utilizados são bastante imprecisos.

Podemos identificar três linhas de abordagem nos estudos dedicados ou de alguma forma vinculados com a matéria, considerada como atividade de ensino e pesquisa (disciplina) e como forma de organização de um setor específico do sistema de saúde.

A primeira, composta pelo modelo de análise epidemiológica que se fundamenta no conceito da multicausalidade,direciona a enorme produção atualmente verificada de trabalhos de pesquisa na área, constituindo a base da argumentação que privilegia a Atenção Materno-Infantil como disciplina e como prioridade para as Políticas de Saúde.

Entretanto, o conceito de multicausalidade ao parcializar a realidade, categorizando-a sob a forma de variáveis sócio-econômicas e culturais, não permite o reconhecimento das verdadeiras articulações existentes entre saúde e estrutura social:

> "Dos diferentes inconvenientes que podem conduzir à desnutrição, os seguintes fatores sociais, econômicos, culturais e patológicos sempre merecem atenção...DIETÉTICOS: A pobreza (ou a verdadeira impossibilidade de obter alimentos proteínicos), assim como a falta de conhecimentos, o conhecimento "errôneo" (por exemplo, os tabus alimentares)."(17)

Observa-se neste exemplo a transposição pouco clara do que seria econômico para o que seria cultural: uma determinada pessoa adota determinadas atitudes, sem dispor de recursos econômicos ou por não dispor de recursos econômicos adota determinadas atitudes? De qualquer forma, o que fica evidenciado é a categorização de fator etiológico atribuido tanto ao conhecimento inadequado quanto à falta do recurso econômico, da mesma forma que o deficit proteínico, na determinação da desnutrição.

Verificamos como este modo de análise origina uma concepção estática do problema desnutrição, que se resume praticamente à descrição formal das relações entre tal problema e outras esferas da estrutura social.

Esta situação se repete no campo das ciências sociais aplicadas à medicina quando adotam a análise funcionalista, modelo teórico que predomina na área. Segundo GARCIA(18), algumas das críticas a este enfoque das ciências sociais aplicadas aos problemas médicos referem-se à:

> "la concepción estática de dichos problemas, la percepción conservadora de los processos de salud y la descripción formalista de los problemas médicos y sus relaciones con otras esferas de los procesos productivos en general. Así , la salud aparece como un valor, una función y un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad considerada . De este modo no es posible entender las relaciones dinámicas y dialécticas entre la salud y otras esferas del proceso social, sin la cual comprensión el conocimiento adquirido es, en el mejor de los casos, una mera descripción de hechos aislados y, en el peor, sólo un ritual académico".

A terceira linha de abordagem é a que aparece nos estudos sobre o planejamento do setor saúde, caracterizada pela dimensão racionalizadora da análise de sistemas, segundo a

qual as distorções encontradas no setor ganham o sentido de problemas administrativos e cuja solução depende do correto balanceamento ou da adequação entre recursos disponíveis e fins a serem alcançados. Tal dimensão reduz a importância dos planos econômicos e social da realidade na explicação destas distorções, deixando de explicar também a própria diversidade de políticas de saúde encontradas à nível do Estado e o significado das resistências à racionalização. (19)

Verificamos que estes três modelos de análise dos planos econômico e social, relacionados com o estudo da Atenção Materno-Infantil, não permitem o reconhecimento da articulação existente entre saúde e estrutura social. Disto decorre a imprecisão conceitual. Evidentemente, os problemas de saúde que acometem aos indivíduos em uma dada sociedade, não são indiferentes ao seu modo de vida, assim como a forma como se organiza o setor de produção de atenção médica também ocorre de acordo com as leis gerais da formação social onde se situa. Estas articulações, entretanto, ocorrem de forma dinâmica e histórica, ao contrário do que fazem supor aquelas modalidades de análise.

O sentido dinâmico e histórico da articulação entre saúde, medicina e estrutura social transparece claramente das relações observadas entre as transformações históricas experimentadas pela Puericultura e pela Ginecologia e outras instâncias da vida social.

BOLTANSKY (20), ao analisar a puericultura desde o seu nascimento, ocorrido na última década do século passado na França, verificou como a difusão do pensamento francês obedeceu a uma ideologia da ordem e da desordem da civilização e da selvageria. Revendo as primeiras obras de divulgação da puericultura, revela como a mesma procurava regularizar o comportamento das mulheres no seio do lar, buscando uma verdadeira transformação de atitudes, traduzindo os anseios de uma ideologia reformadora, que visava regular, disciplinar, sobretudo os atos das mulheres pertencentes às classes populares.

SIGERIST (21), referindo-se ao desenvolvimento contemporâneo da ginecologia, revela que o século XIX foi revolucionário para o mesmo, tanto em decorrência dos avanços alcançados pela cirurgia e nas técnicas de antissepsia, quanto em decorrência da incorporação da mulher ao processo de produção, acontecido durante a Revolução Industrial na Europa.

775

Deste modo, é possível verificar como determina - das práticas técnicas surgem e evoluem em resposta a necessidades que não são definidas exclusivamente no interior do seu corpo de conhecimentos, o que confere o caráter dinâmico e histórico das articulações existentes entre medicina e estrutura social.

Pensamos que a indefinição conceitual e a imprecisão de termos encontradas para a Atenção Materno-Infantil, são problemas cuja solução requer uma revisão crítica do objeto que a fundamenta como prioridade, procurando pelos determinantes a ele externos, historicamente dados, que participam do seu privilegiamento. Basicamente, esta é uma tarefa que deve procurar respostas para as seguintes indagações:

Em que condições a morbi-mortalidade do grupo materno-infantil se coloca como um problema prioritário? Porque isto passa a ocorrer à partir de um dado momento?

Para CASTELLS (22), o objeto científico de uma disciplina é constituido pelo aparelho conceitual construido para explicar os diversos objetos reais que a mesma se propõe analisar e afirma que, como regra geral, se uma dada ciência não possui nem objeto teórico próprio, nem objeto real específico, carece de existência institucional, mesmo que possa ser socialmente reconhecida como produtora de conhecimentos. Por outro lado, se a especificidade de uma ciência é puramente institucional, na verdade o que produz não são conhecimentos, mas desconhecimentos, o que quer dizer conhecimentos sobre objetos teóricos diferentes, aos quais a mesma afirma referir-se. Isto define não uma situação teórica, mas uma atividade ideológica.

Pensamos que a prioridade conferida para a assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil necessita ser pensada em função das suas articulações com outras instâncias da vida social. Neste sentido, aparentemente tal articulação se daria principalmente com o plano econômico, seja pela crença existente na importância da mesma para a garantia do processo de produtividade do trabalho, seja pelo poder a ela atribuido de manipular coeficientes de natalidade e fecundidade através dos programas de controle de natalidade e de planejamento familiar. Entretanto, pensamos que estas explicações não são suficientes para caracterizar o modo de articulação entre assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil emuma dada

realidade, com as diferentes instâncias da vida social. Esta é uma tarefa que ainda está por ser elaborada. Por ambicionar realizá-la é que propomos a presente investigação. No seu desenvolvimento, estamos partindo da impressão que o papel predominante da Atenção Materno-Infantil parece ser ideológico, de uma vez que o efeito social da mesma não se resume exclusivamente à promoção e recuperação da saúde e à prevenção da doença; deste modo, sua colocação como prioridade política representa um campo extremamente fértil de análise.

Ao privilegiarmos a suposição do papel predominantemente ideológico da Atenção Materno-Infantil, como hipótese de trabalho, estamos assumindo a idéia de que o corpo conceitual que fundamenta a prioridade da mesma, na sua imprecisão, na verdade desorganiza a compreensão das verdadeiras articulações existentes entre saúde e estrutura social.

Por outro lado, acreditamos que o setor de produção de assistência médica se organiza em uma dada realidade obedecendo às leis gerais da formação social onde se situa. Cabe então indagar sobre a viabilidade da Atenção Materno-Infantil, como projeto ideológico, junto a este setor, colocada como um Programa prioritário de saúde e que corresponde à alternativa de solução para a crise verificada no mesmo.

Esta crise é caracterizada fundamentalmente pelos seguintes problemas: recursos humanos voltados prioritariamente para o hospital em detrimento do atendimento ambulatorial ; incoordenação entre hospitais, ambulatórios e outros serviços, impedindo a informação oportuna e gerando duplicação de ações; ausência de normas e critérios uniformes de organização e funcionamento dos diferentes serviços; baixa cobertura populacional e pouca eficiência da assistência prestada, principalmente no que se refere à pré-natal e à puericultura, predominado atividades curativas, muitas vezes meramente sintomáticas.

Ao Programa Materno-Infantil do Ministério da Saúde, conforme o que dispõe a Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, compete a responsabilidade pela integração no plano normativo, do setor de produção de assistência médica dirigida ao grupo no país.

As normas referem-se a assistência prestada de forma precoce, contínua e periódica, compreendendo ações de cunho preventivo e curativo, complementadas por ações sociais e educativas, porque o conceito de "binômio mãe/filho" confere ao

777

programa seu caráter unitário, de uma vez que saúde materna e saúde da criança tem implicações mútuas.

Evidentemente, uma tal orientação normativa requer modificações na forma como se organizam os serviços e propõe mudanças na própria maneira de atuação dos agentes de saúde:sua aplicação exige a participação de todas as instituições de alguma forma vinculadas ao grupo e implica em atendimento integral, multidisciplinar e de equipe, o qual requer cooperação técnica, delegação de funções, etc.

DONNANGELO (23), analisando as formas sociais de trabalho médico em uma área urbano-industrial da sociedade brasileira, identificou uma considerável diversificação entre as formas em que se organiza a produção de serviços, observando que face à dominação no plano ideológico de uma concepção liberal da medicina, existem concepções bastante competitivas sobre a prática médica, embora dominando à nível do mercado de trabalho outras formas de exercício profissional.

Cabe indagar que resistências se oferecem e qual a receptividade para o discurso técnico do Programa Materno - Infantil, em sua proposta racionalizadora e que contém a ideologia do trabalho de equipe, lançado em uma sociedade cujo setor saúde se organiza em função de determinantes dos seus planos econômico e social e onde predomina a ideologia liberal da medicina?

Para responder a estas indagações, parece-nosfundamental procurar pela lógica que rege o funcionamento do setor de produção da assistência médica dirigida ao grupo, nos seus componentes público, privado e misto, caracterizando a composição de cada um quanto à distribuição de pessoal mais ou menos qualificado, quanto à localização de serviços de maior ou menor porte e complexidade, quanto à localização de equipamentos de maior ou menor especialização, ressaltando a importância do plano econômico e do plano social nas explicações encontradas para tal padrão.

De posse deste quadro, o próximo passo deve procurar pela resposta dos agentes de saúde aos propósitos do Programa Materno-Infantil, considerando que a mesma articula-se com a posição estrutural dos mesmos no interior desta organização e da sociedade como um todo.

Acreditamos que uma tal linha de investigação tra-

rá como resultados respostas parciais para a seguinte indagação: Em que medida a prioridade que o Programa de Atenção Materno-Infantil apregoa vem se efetivando, tanto à nível da assistência individual quanto à nível da saúde Pública?

É importante salientar que tais respostas referir-se-ão a apenas um dos lados da questão. O outro lado implica em conhecer a importância que este privilegiamento tem para a própria população, e a percepção que a mesma tem do padrão atual de organização. Neste sentido, não é válido ignorar em um projeto de investigação sobre a Atenção Materno-Infantil a opinião da população, principalmente porque, o contacto profissional com a mesma, do interior da Atenção Materno-Infantil, nos permite afirmar que esta última possibilita a satisfação de necessidades concretas. Para não deixar a impressão de exclusão da população do presente projeto, salientamos que o mesmo representa a etapa inicial de um projeto maior, a ser desenvolvido posteriormente e no qual tomaremos a população como campo de análise.

OBJETIVOS

1. Estudar a evolução histórica dos conceitos no campo da Atenção Materno-Infantil.
2. Caracterizar o padrão atual de organização da assistência médica dirigida ao grupo materno-Infantil em uma área urbano-industrial.
3. Apreender os determinantes do padrão atual de organização da assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil em uma área urbano-industrial através da análise das relações estabelecidas entre agentes, instrumentos e objeto desta prática médica.

DISCUSSÃO TÉCNICA

Direção Teórica e Metodológica

O desenvolvimento do projeto obedecerá a adoção de dois princípios gerais, recomendados como úteis para a superação dos obstáculos atualmente existentes na conceitualização do objeto e dos elementos componentes da Atenção Materno-Infantil,

pelo GRUPO DE ESTUDO PARA INTEGRAÇÃO DO ENSINO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL E REPRODUÇÃO HUMANA NAS ESCOLAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (OPAS/1974).

1. Princípio da Origem Tridimensional:

Partindo da constatação da existência de vazios na análise dos componentes sociais e psicológicos relacionados com a saúde materno-infantil verificados na passagem de um enfoque unidimensional, exclusivamente biológico, para um enfoque tridimensional que envolve fatos psicológicos, fatos sociológicos e fatos biológicos, torna-se recomendável a confluência de conhecimentos, métodos e técnicas das ciências sociais em uma forma de análise que supere estas dificuldades.

Recentemente tem surgido vários trabalhos que se apresentam como forma alternativa de análise das determinações sócio-econômicas sobre a medicina como prática técnica e social, assim como sobre a saúde e a doença.

Todos tem recorrido à análise histórico-estrutural, trazendo grande contribuição para o esclarecimento destes problemas e oferecendo alternativas de análise. (22,23,24,25,26)

É importante salientar que,neste tipo de análise , história não tem o significado tradicional de sequência cronológica de fatos e acontecimentos, construída ao redor de pessoas, referindo-se mais a análise de totalidades concretas estruturadas edos processos suscitados no seu interior; isto equivale a dizer que um tal tipo de análise situa um dado fenômeno em um contexto histórico, através da explicação do processo social que o originou determinando suas formas, sua estrutura e, inclusive, suas contradições. No presente projeto recorreremos fundamentalmente a análise histórico-estrutural, embora também recorrendo à técnica de programação local CENDES/OPAS, para fins exclusivamente operacionais da pesquisa.

2. Princípio do Processo

Partir deste princípio significa compreender a prática médica incluida na Atenção Materno-Infantil como um processo de transformação de um objeto em um dado produto, mediante o trabalho humano (conhecimentos) e a utilização de instrumentos de trabalho (tecnologia).

O conceito de prática médica como processo de trans

formação, referido a um conjunto de etapas, mediante as quais se promove a saúde, se previne a doença e se recupera a saúde, supõe os seguintes elementos fundamentais:

Uma atividade humana específica, cuja execução requer certos meios materiais, que em sentido restrito englobam aos instrumentos de diagnóstico, terapêutica e cuidados em geral e, em sentido amplo englobam os serviços, instituições e organizações que compõem ao Setor Saúde. O conceito também supõe a existência de relações estabelecidas entre estes diferentes elementos do processo.

HIPÓTESE

Partindo destes princípios, duas hipóteses de trabalho orientarão o desenvolvimento do projeto:

Hipótese 1. - O objeto do trabalho em Atenção Materno - Infantil é categorizado não exclusivamente em função da sua determinação biológica, mas em função da sua determinação histórica e social.

Hipótese 2. - A análise das relações estabelecidas entre agentes, instrumentos e objeto da prática médica, permite o reconhecimento dos determinantes da organização da assistência médica dirigida ao grupo materno- infantil em uma dada realidade.

Etapas do Projeto

O desenvolvimento do projeto ocorrerá em etapas sucessivas:

1ª etapa

Refere-se à Hipótese 1; visa a caracterização do objeto do trabalho em Atenção Materno-Infantil, através da análise das nosologias que foram sendo privilegiadas pelas especialidades médicas que a compõe (Obstetricia, Ginecologia e Pediatria), ao longo de diferentes momentos históricos, para a apreensão dos determinantes deste privilegiamento.

Para tanto, deverá ser efetuada uma extensa revi-

são bibliográfica em períodos históricos a serem delimitados . O material a ser analisado nesta etapa compreenderá publicações técnicas especializadas, publicações de caráter legal e publicações dirigidas ao público em geral; incluirá documentos provenientes de diferentes instituições e organizações vinculadas à Atenção Materno-Infantil, nacionais e internacionais.

O acesso a informações e documentos deverá ser obtido e facilitado através de contactos prévios para sua autorização, junto à instituições e organizações de interesse.

2ª etapa

Nesta etapa será efetuada a caracterização dos demais elementos componentes do processo de trabalho em atenção materno-infantil: agentes, meios materiais e relações.

A presente etapa deverá compor-se de duas fases;na primeira, tentar-se-á efetuar a delimitação institucional do Setor Saúde na área do projeto; na segunda fase, serão analisadas as relações entre os elementos componentes do processo de trabalho.

1ª fase

Será efetuado um levantamento quantitativo dos meios materiais e dos recursos humanos vinculados com a atenção médica prestada ao grupo materno-infantil na área do projeto. O acesso a informações e o levantamento de dados deverá ser precedido de contactos para sua autorização.

Esta fase, predominantemente descritiva, visa a caracterização dos seguintes aspectos:

- Recursos humanos -

Ordenação dos recursos humanos segundo perfis ocupacionais, estabelecendo o número de pessoas empregadas em cada nível de atendimento e o grau de utilização com relação às condições educacionais.

Ordenação dos recursos humanos segundo perfis salariais e de remuneração, estabelecendo o grau de utilização com relação ao nível educacional e ocupacional.

- Serviços -

Classificação dos serviços segundo graus de complexidade e em relação ao tipo de financiamento (fontes de financiamento).

Na obtenção dos dados, serão utilizados alguns dos modelos da Técnica de Programação Local CENDES/OPAS (27)., referentes a:

- informações sobre a área do projeto e sua população materno-infantil.
- inventário de recursos humanos
- inventário de recursos econômicos
- inventário da capacidade instalada

O levantamento e o processamento de dados nesta fase obedecerá às orientações operacionais de SAYEG, M. (27).Não será efetuada a análise quantitativa da produção dos serviços ou a estimativa de custos / análise da produtividade, por não se enquadrarem nos objetivos do presente projeto, que visa fundamentalmente a caracterização das modalidades de organização do setor de produção de assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil.

2ª fase

Nesta fase serão efetuadas entrevistas focalizadas, que ficarão a cargo de elementos especialmente treinados e com experiência neste tipo de atividade, visando a caracterização dos seguintes elementos:

- relações estabelecidas entre agentes e o processo de trabalho, quanto ao grau de controle (domínio) sobre o processo e quanto à propriedade ou não dos meios materiais
- relações estabelecidas entre os agentes quanto ao grau de cooperação e quanto à presença de relações autoritárias ou igualitárias.

As entrevistas serão aplicadas entre profissionais de diferentes categorias pertencentes a cada uma das modalidades do setor de produção da assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil, caracterizadas na fase anterior.

Uma vez caracterizadas as modalidades de prestação de serviços em cada um dos diferentes setores (público, privado e misto), as amostras de profissionais serão estabelecidas através do método de causalização simples.

Área Selecionada

Embora salientando que a direção geral da presente

investigação é representada por uma análise que toma a estrutura social, torna-se necessária a especificação dos conceitos que foram sendo construidos neste nível para o âmbito de uma dada realidade, a qual deverá constituir o centro da investigação. Isto porque, para superar a mera caracterização histórica e descritiva, é necessário situar a análise em um nível que permita a compreensão de diferentes realidades, à partir dos mesmos princípios gerais, especificados para cada situação concreta.

A área selecionada para o desenvolvimento desta investigação corresponde a uma área com características urbano - industriais. Esta escolha decorre do fato de concordarmos com CASTELLS (22), segundo o qual a cidade mais que uma mera imagem da organização social é parte integrante desta mesma organização e, portanto, rege-se pelas mesmas leis da formação social a qual pertence. Para ele, um conjunto urbano como forma social compreende nos seus diversos setores (inclusive o setor saúde), fundamentalmente: um processo de produção, um processo de consumo e um processo de intercâmbio sendo que as relações entre os três determina um quarto processo de gestão ou político, que intervém sobre os primeiros. A estrutura de base de um conjunto urbano é determinada pela interação destes quatro elementos e em relação com os intercâmbios que cada um efetua com o exterior do sistema. Por esta razão, a estrutura de base é inseparável da dinâmica social geral, sem que a ela possa ser inteiramente reduzida.

Além disto é preciso considerar que numa área com características industriais é possível delimitar com maior clareza que em áreas com características rurais ou puramente urbanas, que setores da população estão integrados no processo produtivo global e que setores encontram-se marginalizados, facilitando a verificação e a análise das relações existentes entre este fator e o setor de produção da atenção médica dirigida ao grupo Materno-Infantil.

Estudar a atenção materno-infantil em um dado contexto urbano-industrial, superando ou tentando superar uma análise funcionalista, puramente descritiva, significa a nosso ver efetuar a análise particular de cada um destes elementos, em um enfoque que revela os elementos teóricos ao mesmo tempo em que obtenha informação empírica sobre os mesmos, de modo a ir relacionando os aspectos teóricos e empíricos, na tentativa de

encontrar leis explicativas para os fenômenos analisados.

Na presente investigação tomaremos ao processo de produção da assistência médica dirigida ao grupo materno - infantil como elemento para a análise; o mesmo engloba as atividades dirigidas aos problemas de saúde do grupo e inclui a gestão e a organização do processo.

Selecionamos para a presente investigação o município de Campinas, no Estado de São Paulo, em função das seguintes razões operacionais:

1. o município é um tradicional centro médico no Estado de São Paulo, possuindo as primeiras entidades empresariais de atenção médica, consideradas como padrão no seu gênero.

2. o município reúne uma densidade populacional média, com uma diversidade de formas de organização da atenção médica (privada, pública e mista);

3. o município possui um vasto parque industrial, que permitirá o estudo aprofundado do sistema previdenciário.

4. facilidade de acesso a material empírico e de contactos pessoais no município, pela experiência profissional prévia de 13 anos do Coordenador de Projeto, como membro discente e docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e como membro da Divisão Regional da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo, na área de saúde materno-infantil.

5. a região de Campinas constitui área piloto para projetos de integração de serviços de saúde, segundo o disposto pela lei nº 6.229 do Governo Federal, referente a criação do Sistema Nacional de Saúde.

B I B L I O G R A F I A

1. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil, 1975 (mimeo).

2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Orientações Operacionais para o Programa de Nutrição em Saúde-PNS - 1976; documento técnico INAN-01 /75 (mimeo).

3. GABALDON, A. Patrones de Mortalidad Temprana y su uso como base de la planificacion de la Accion Sanitária. Bol. Of. San. Panam. 56: 314, 1964.

4. GIVOVIC, L. Diagnostico de la situacion de salud en el area Materno-Infantil. Documento de estudo. Ministério da la salud de Chile. Of. de Salud Infantil. S.E. D., s. d., s.p.

5. SZKLO, M. A saúde materna como prioridade na assistência médica: enfoque epidemiológico. In: ____ Anais do Seminário "O ensino da proteção Materno-Infantil em função das necessidades da comunidade". ABEM, Salvador, 1970. p.45 - 75.

6. GRUENWALD, P.; FUNUKAWA, H.; MITANI, S.; NISHIMURA, T.; TAKEUSHI, S. Influence of environmental factors on fetal growth in man. Lancet, 1: 1026, 1967.

7. OUNSTED, M. The regulation of fetal growth. In: ____ Nutricia Synposium on Aspects of Prematurity and dismaturity. N. V. Stenfert Kroese (ed.), Leiden, 1968.

8. PAGE, E. W. Human fetal nutrition and growth. Am. J.Obst. Gynec., 104: 378, 1969

9. SCOTT, K. E. & USHER, R. Fetal malnutrition; Its incidence, causes and effects. Am. J. Obst. Gynec., 94: 951, 1966.

10. SMITH, C. A. Effects of maternal undernutrition upon newborn infants in Holland (1944-1945). J. Pediat., 30 : 229, 1947.

11. WEISS, W. & JACKSON, E. C. Maternal factors affeting birth weight. Perinatal factors affecting human development, PAHO / WRO, Nº 185: 54, 1969.

12. BENEDETTI, W. L. La placenta del recien nacido pequenõ para la edad gestacional. Tesis de Doctorado. Faculdad de Medicina. Montevideo, 1971.

13. JURADO GARCIA, E. & ALVAREZ do los COBOS, J. El crescimento intrauterino. II. Consideraciones sobre el crescimiento intrauterino "õptimo" en el ser humano. Rev. Mex. Ped., 39: 343 - 362, 1970.

14. WINICK, M. Mal nutrition and brain development. J. Pediatr. 74: 667-79, 1969.

15. CHAVES, M. M. Sistema de Saúde - Subsistema de Saúde Materno-Infantil. Seminário Regional de Saúde Materno-Infantil. Ministério da Saúde. Brasília, 1974 (mimeo)

16. OPAS. Grupo de Estudo para integração do ensino em Saúde Materno-Infantil e reprodução humana nas escolas de Ciências da Saúde. Whashington, 1974 (mimeo).

17. JELLIFFE, D. B. Nutrição Infantil en Paises en Desarrollo. México, Limusa, 1974. 263 p.

18. GARCIA, J. C. Las ciencias sociales en Medicina. In: ___ Congreso Internacional de Sociologia, 23º. Venezuela, 1972.

19. DONNANGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975. p. 2 - 3.

20. BOLTANSKY, L. Prime Education et morale de clase. Paris, cahiers du centre de Sociologie Européene, 1969, 152p.

21. SIGERIST, H. Progresos y tendencias en Ginecologia. In:__ Historia y Sociologia de la Medicina. Bogota, G. Molina, 1974. p. 49-61.

22. CASTELLS, M. Problemas de investigación en Sociologia Urbana. Argentina, Siglo XXI, 1972.

23. DONNANGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975. 174 p.

24. DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade.São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976.

25. AROUCA, A. S. O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas, 1976. Tese - FCM/UNICAMP.

26. AROUCA, A. T. Contribuição à Análise Epidemiológica dos Acidentes de Trânsito. Campinas, 1976. Tese - FCM / UNICAMP.

27. SAYEG, M. Técnica de Programação local CENDES/OPAS. s. d. (mimeo).

C R O N O G R A M A

ATIVIDADES \ MESES DO PERÍODO	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Levantamento Bibliográfico	———	———												
Elaboração do Quadro teórico					———	———								
Levantamento e Processamento de dados (inventários)	———	———	———	———										
Análise de dados					———	———								
Relatório Parcial							———							
Levantamento de dados (entrevistas)							———	———	———					
Análise de dados									———	———				
Redação Final													———	———

PROJETO PEPPE 41.0

1. TITULO DO PROJETO:

Localização de serviços de saúde em áreas urbanas: Subsídios para o estudo do problema

2. DURAÇÃO:

14 meses (01/01/78 - 28/02/79)

3. ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Fundação Oswaldo Cruz
Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas - PEPPE

4. COORDENADOR:

Luiz Clemente Mariani Bittencourt
Pesquisador Associado do PEPPE

5. ENDEREÇO:

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 9º andar
Manguinhos, Rio de Janeiro
CEP 20.000 - Telefone: 230.1318

6. COMISSÃO SUPERVISORA

Aprovado pela Comissão Supervisora do PEPPE em:

7. SUBMETIDO A FINEP EM:

C O N T E Ú D O

Sumário

I. Introdução

II. Objetivos

III. Justificativa

IV. Discussão Técnica

V. Bibliografia

VI. Cronograma

VII. Recursos Humanos

VIII. Previsão de Recursos/Orçamento

ANEXO I - Curricula Vitae

SUMÁRIO

O projeto busca, baseando-se em um modelo de organização regionalizado e hierarquizado da assistência médica em áreas urbanas, 2 objetivos gerais:

1) Testar metodologias de avaliação da influência tempo ro-espacial dos serviços de saúde, realizando uma análise comparativa de três métodos.

2) Estudar a compatibilidade entre as atividades atribuídas aos vários níveis de atenção médica e a demanda atualmente atendida nestes vários níveis.

Serão estudados vários "serviços-tipo" de saúde, resultantes da combinação de seis características básicas, sendo que de um "serviço-tipo" serão estudados vários estabelecimentos a fim de se analisar a influência das características da população da área.

Justifica-se o projeto devido à importância progressiva adquirida pelas propostas de regionalização em saúde no Brasil, quer a nível Federal (Lei 6229, Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde-PPREPS; Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Sanemaneto - PIASS; Plano de Localização de Unidades de Saúde-PLUS) ou Estadual, onde vários governos já dividiram o seu território em regiões procurando estabelecer os primeiros passos rumo a regionalização administrativa, incluindo-se aí a área de saúde.

Justifica-se igualmente porque o II PBDCT na sua parte II, capítulo VII, seção 4 (Tecnologia aplicada ao desenvolvimento regional e social - Saúde) destaca o enfoque da pesquisa voltada para a organização da assistência médica-sanitária e dos programas de controle de doenças da comunidade, além de almejar o desenvolvimento da pesquisa epidemiológica com o fim de se beneficiar o controle de doenças e a administração e o planejamento de Saúde. Entre os projetos prioritários desta área incluem-se os sobre a "capacitação para prestação de serviços de saúde" que compreende entre outros itens o "estudo detalhado das formas de programação e prestação dos serviços de saúde e, baseado na identificação de formas operacionais adequadas, a elaboração de um modelo-padrão de programação, execução e avaliação dos serviços de saúde destinadas às comunidades".

LOCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS URBANAS: SUBSÍDIOS PARA O ESTUDO DO PROBLEMA.

I - INTRODUÇÃO

O conceito de regionalização em saúde pode ter vários significados. Para alguns é simplesmente uma maneira de se decidir sobre a localização de hospitais e o número de leitos necessários a cada região. Para outros é uma cooperação sistemática entre as instituições de saúde na sua atividade diária. Para um europeu provavelmente implicará na administração de uma rede de hospitais em uma região geográfica (Roemer, 1965). Para a Organização Panamericana da Saúde é um mecanismo complexo de descentralização técnica e administrativa e implica no estabelecimento de níveis de atenção coordenados entre si com mecanismos de referência (Bravo, 1974). Geralmente é colocada a participação da população como fator indispensável para o sucesso do modelo (OPAS, 1972).

Esses vários conceitos subentendem dois enfoques gerais da organização dos serviços de saúde: o primeiro privilegia a estrutura administrativa, vendo a regionalização como um instrumento de racionalização dos gastos em saúde (OPAS, 1972); o segundo privilegia as necessidades existentes, definindo como objetivo básico aproximar os serviços de saúde da população, de acordo com suas necessidades. Porém, sendo a regionalização um instrumento da organização dos serviços, ela vai ter um desenho geral semelhante nos dois enfoques, enquanto que as diferenças se darão na forma de concretizar o modelo. A partir da análise das características dos dois enfoques pode-se chegar a definir essas características gerais e a partir daí chegar-se a um modelo de análise da utilização dos serviços de saúde com vistas à sua reorganização de forma regionalizada.

A linha preocupada principalmente com a racionalização dos gastos interessam: a não duplicação dos serviços de saúde, a mínima utilização dos serviços mais caros e a redução do aparato administrativo (Llewelyn- Davies, 1969). Para atingir esses pontos, procura criar uma rede de serviços simples que permita a manutenção de um menor número de serviços complexos, em consequência de seu funcionamento integrado; a criação de estrutura administrativa descentralizada, além de proporcionar a redução do corpo administrativo mais central, permite a consolidação a nível regional dos recursos disponíveis em função das prioridades locais.

A linha mais preocupada com a satisfação das necessidades existentes interessa oferecer serviços adequados a essas necessidades, que sejam acessíveis ao maior número possível e organizados de modo a permitir a utilização racional dos recursos a eles destinados. Para alcançar esses objetivos, procura criar serviços que cubram a maior parte possível das necessidades definidas e que sejam de fácil acesso; os serviços deverão se integrar num plano de saúde geral, embora este seja o produto dos trabalhos locais e regionais. Preocupa-se também com a racionalidade da organização e da utilização dos recursos.

Reunindo estes dois grupos de idéias, constrói-se um quadro geral do modelo de regionalização, com as seguintes características básicas:

1 - criação de uma rede de serviços que atenda de maneira hierarquizada a todos os níveis de atenção à saúde, de modo acessível a toda a população.

2 - organização dos serviços de modo que seu funcionamento integrado faça com que se completem reciprocamente.

3 - definição de vários níveis de decisão, desde os mais centrais ligados à política de saúde, até os mais locais ligados às necessidades de área atendida.

A implantação de um sistema de saúde organizado segundo essas características exigirá, então, que se cumpram os seguintes re - quisitos:

1 - distribuição espacial dos serviços segundo carac - terísticas das áreas.

2 - adequação dos serviços às necessidades de saúde, a- través da garantia dos vários níveis de atenção, definindo-se as neces sidades como a demanda resultante da interação da cultura da população com as relações de poder e com os conhecimentos científicos.

3 - administração integrada da rede de serviços com in- tegração entre os vários níveis da organização.

4 - mecanismos de referência entre os serviços.

5 - participação da população nas ações de saúde, quer pela iniciativa organizada, quer pela simples aceitação dos programas.

Entretanto, para a organização dos serviços médicos da maneira acima referida, alcançando ampla cobertura das necessidades da população com maximização dos recursos, são necessárias informações pa ra o desenvolvimento da maior racionalidade do modelo.

Este projeto busca respostas para algumas questões con- cernentes à formulação do modelo em áreas urbanas.

II - OBJETIVOS

A - Gerais

1 - Testar metodologias de avaliação da influência temporo-es- pacial dos serviços de saúde, para serem utilizadas como subsídios na localização de novos serviços a serem criados em áreas urbanas. Reali- zação de análise comparativa de três métodos:

a - Baseado nas características dos serviços e da demanda atendida.

b - Baseado nas características dos serviços, da demanda atendida e em características sócio-demográficas da população da área de influência dos serviços.

c - Baseado nas características dos serviços, da demanda atendida, em características sócio-demográficas e de morbidade' da população da área de influência dos serviços.

2 - Estudo da compatibilidade entre as atividades atribuidas aos vários níveis de atenção médica e a demanda atualmente atendida nestes vários níveis.

Não serão alvos prioritários de nossas preocupações durante este projeto a pesquisa da integração administrativa entre os vários serviços de uma região, a sua administração unificada e o nível de participação da população.

B - Específicos e Hipóteses Subjacentes

OBJ. 1 - Determinar, em relação aos serviços estudados, as proporções da distribuição do local da residência e do trabalho da demanda atendida, segundo faixas de distância, tempo e custo do transporte. Determinar igualmente a concentração* das atividades oferecidas segundo estes mesmos parâmetros.

HIP. 1 - As proporções da demanda atendida em torno dos serviços médicos estão inversamente relacionadas a parâmetros de distância , tempo e custo do transporte da residência ou do local de trabalho até o serviço, havendo também uma relação inversa entre concentração dos serviços e distância, tempo e custo do transporte.

* concentração significa número de atividades (consultas, internações, etc.) por população, diferentemente de cobertura que significa número de pessoas atendidas por população.

OBJ. 2 - Determinar as características sócio-demográficas e de morbidade da demanda atendida segundo a distância, tempo e custo do transporte até os serviços estudados. Determinar igualmente a concentração das atividades oferecidas a estes grupos da população segundo os mesmos parâmetros.

HIP. 2 - Existem diferenças de composição sócio-demográfica e de morbidade (em termos de estrutura nosológica e de gravidade) entre os grupos da demanda atendida mais próximos e mais distantes do serviço, não havendo assim equidade quanto à satisfação das necessidades.

OBJ. 3 - Determinar a influência dos diversos tipos de serviços médicos em termos de distância, tempo e custo do transporte ** e a concentração de suas atividades segundo algumas combinações de suas características básicas (tamanho, complexidade, acessibilidade econômica à população, concentração de outros serviços nas proximidades, disponibilidade de rede de transportes para o acesso e existência de mecanismos formais ou informais de referência).

HIP. 3 - Os serviços médicos exercem diferentes influências e concentrações em função da combinação de algumas de suas características básicas acima referidas.

OBJ. 4 - Determinar a influência dos serviços médicos e a concentração de suas atividades segundo a combinação de suas características básicas (referidas no obj. 3), considerando algumas características sócio-demográficas da população na sua área de influência (densidade populacional, estrutura estária e nível de renda).

** a partir deste momento, quando nos referirmos a influência dos serviços médicos estaremos sempre considerando-a em têrmos de distância, tempo e custo do transporte.

HIP. 4 - A influência e a concentração exercida pelos serviços médicos não depende exclusivamente das características dos servi - ços, mas também das da população sob sua influência.

OBJ. 5 - Determinar a influência dos serviços médicos e a concentração das suas atividades segundo suas características básicas (referidas no obj. 3), as características sócio-demográficas da população de sua área de influência (referidas no obj. 4) e a es - trutura de morbidade da população da área (definida de acordo com nível de gravidade, complexidade ou impotência funcional).

HIP. 5 - A influência e a concentração dos serviços médicos não depende exclusivamente das características dos serviços e da composição sócio-demográfica da população, mas também de seus níveis de morbidade.

OBJ. 6 - Construir um modelo para localização dos serviços de saúde que permita uma máxima cobertura à população com o mínimo de superposição de áreas de influência.

HIP. 6 - A construção de tal modelo é possível a partir de dados relativos às características dos serviços de saúde, isoladamente ou em conjunto com as características sócio-demográficas e de morbidade da população.

OBJ. 7 - Avaliar a compatibilidade entre o grau de complexidade da demanda atendida e dos instrumentos disponíveis nos serviços atualmente existentes.

HIP. 7 - A complexidade média da demanda atendida não apresenta relação com o nível de complexidade dos serviços atualmente e - xistentes.

OBJ. 8 - Avaliar a compatibilidade entre o grau de complexidade das necessidades da população das áreas de influência dos serviços atualmente existentes e o dos instrumentos neles disponíveis.

HIP. 8 - O grau de complexidade dos serviços atualmente exis - tentes não apresenta relação com o grau de complexidade das necessidades da população de sua área de influência, sendo determinado por outros fatores que não a necessidade.

III - JUSTIFICATIVA

Correspondendo à importância progressiva adquirida pelas propostas de regionalização em saúde a nível internacional, os órgãos de planejamento no Brasil vêm adotando a idéia (OPAS, 1968; OPAS, 1970 ; Llewelyn-Davies, 1969; Fepafem, 1977; Araújo, 1973; Landmann, 1977; Ministério da Saúde, 1976, a, b; INPS, 1977; Ministério da Previdência e Assistência Social, 1974; 1a. Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, 1976, a,b,c,d).

Em nível federal, a Lei 6229 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde determina que os Ministérios incluídos no mesmo "elaborem programas regionais levando sempre em conta a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região, de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para o atendimento de riscos especiais", cabendo às Unidades da Federação o planejamento integrado de saúde para o seu território, articulado com o plano federal.

Na área do Ministério da Saúde o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS - tem como objetivo principal "o apoio à constituição, implementação e funcionamento das doze regiões docente-assistenciais de Saúde".

799

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS - propõe a implantação de um sistema de saúde com diversos níveis de atendimento, ajustados à heterogeneidade das condições verificadas nas diferentes comunidades, pretendendo adotar crité -

rios de regionalização dos serviços, em conformidade com o espírito da Lei 6229.

O INPS, através do Plano de Localização de Unidades de Saúde - PLUS -, em fase adiantada de análise e conclusões, após analisar a capacidade instalada dos serviços públicos e particulares contratados pelo INPS e as características econômicas e de morbo-mortalidade das regiões metropolitanas, procura integrar mais adequadamente os sistemas públicos existentes e localizar novas unidades, quando necessárias, baseando-se em critérios populacionais e de morbo-mortalidade.

Os Governos de vários Estados já dividiram seu território em regiões, procurando estabelecer os primeiros passos rumo à regionalização administrativa, incluindo-se aí a área de saúde.

Entretanto, em nenhum dos projetos acima referidos, onde estão implícitas ou explícitas algumas das idéias de regionalização, procurou-se estabelecer previamente as áreas de influência dos serviços já existentes e os mecanismos de referência formais ou espontâneos utilizados, com o objetivo de definir áreas ou populações para planejamento dos serviços.

Igualmente não houve a preocupação de desenvolver um modelo teórico para a determinação de parâmetros de influência dos diferentes tipos de serviços. Tal modelo, baseado nas características dos serviços instalados e na sua influência, poderia vir a ser aplicado na determinação das áreas de influência de novos serviços de saúde que porventura viessem a ser implantados ou na redistribuição dos já existentes.

600

Resta entretanto considerar a possibilidade de que possam surgir falhas na construção do modelo pretendido devidas a um método de análise baseado unicamente na demanda atendida pela organização'

atual do sistema de saúde, vindo este modelo a ter apenas a capacidade de reproduzir as características observadas de atração e cobertura do serviço sem analisar se são satisfatórias ou se existem por força de condições desfavoráveis atualmente existentes. Uma análise da situação atual terá importância para se avaliar a possibilidade de se usarem os padrões informais de utilização dos serviços já existentes como base para a implantação de um modelo de assistência médica regionalizada , mas deverá considerar paralelamente a existência de necessidades não satisfeitas da população, definidas a partir de características sócio-demográficas ou de morbidade da população em estudo.

A determinação dos parâmetros de influência dos serviços tem grande importância epidemiológica por definir a população base sobre a qual serão analisados os dados de mortalidade, e principalmente de morbidade e de utilização de serviços, obtidos nas instituições de saúde, possibilitando assim estudos comparativos entre as populações das regiões, que de outro modo não poderiam ser realizados em função da origem dos pacientes atendidos, quer ambulatoriais quer em regime de internação, ser desconhecida.

Por outro lado, o conhecimento da real população dependente de uma rede de serviços médicos possibilitaria uma análise mais adequada da oferta dos serviços que seriam necessários a partir de normas estabelecidas por especialistas com a participação da própria população e baseadas em critérios definidos, evitando o subdimensionamento dos serviços ocasionado pela utilização por populações insuspeitadas ou o seu superdimensionamento provocado por especulações sobre drenagem de pacientes de outras áreas ou simplesmente por boas condições de mercado.

Além disso, a maioria dos estudos já realizados sobre regionalização tem se restringido principalmente a áreas rurais, onde o pequeno número de serviços, as distâncias e as características da população imediatamente levam à idéia de escalonamento nos níveis de atendi

mento, sendo a localização de serviços relativamente fácil de ser planejada em função da própria distribuição da população na área. No entanto, ao se pensar em planejar a distribuição de serviços de saúde para áreas urbanas, pode-se supor que a densidade demográfica, os tipos de transporte, a estrutura de saúde já existente e outros fatores exigirão um modelo diferente. Surge então a necessidade de um estudo sistemático dos padrões de utilização dos serviços de saúde segundo suas características e da população beneficiada.

Esse estudo possibilitaria verificar a distribuição real da população em relação aos serviços de saúde, não só detectando deficiências absolutas de quantidade em geral e nas várias linhas de atendimento*, como aquelas devidas a supostas falhas quanto à origem e distribuição da demanda, baseadas em critérios unicamente geográfico. Permitiria então optar entre uma regionalização concretizada mediante a delimitação de áreas, cada qual considerada como uma unidade homogênea de prestação de serviços integrais de saúde e, portanto, supostamente tendo satisfeitas as necessidade de toda a sua população, e outra realizada pela identificação de grupos de população a serem referidos a grupos de instituições. Supomos que a referência dos indivíduos a um serviço determinado, de sua livre escolha, dentro de alguns critérios, e a partir do qual ele ficasse referido a todo um grupo de instituições que lhe garantiriam a atenção integral, é uma forma mais adequada de racionalização do que a divisão da população em áreas, o que não leva em conta seus deslocamentos diários em função do trabalho ou outras atividades. Na prática, esses deslocamentos irão determinar uma nova organização da população em relação aos serviços, que deve ser levada em conta ao se planejar a racionalização do uso dos recursos de saúde.

---

* serão estudadas as linhas de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, emergência e imunizações.

IV - DISCUSSÃO TÉCNICA

A - UM MODELO PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM ÁREAS URBANAS, COMO BASE PARA A PESQUISA.

Historicamente a distribuição dos médicos e dos serviços de atenção médica tenderam a acompanhar, no Brasil como em todo o mundo, as áreas de maior desenvolvimento econômico, estando portanto a sua concentração por áreas geográficas mais relacionada à capacidade econômica da população do que às suas necessidades de saúde. Tal falta de equidade na distribuição de recursos também pode ser encontrada na maioria das grandes concentrações urbanas onde, devido às diversas origens das instituições de saúde vários outros fatores podem inicialmente ser identificados.

Por sua origem ligada à atenção aos trabalhadores das mais importantes atividades e à proteção das populações urbanas da época, os hospitais voluntários tendem a se concentrar nas áreas centrais das cidades, próximas aos portos (Santos Fº, 1977); os da previdência construidos na época das Caixas e dos Institutos, nas áreas de maior concentração dos seus segurados originais e os universitários, uma vez que começaram a ser planejados, frequentemente por razões políticas ou de disponibilidades do momento, em regiões menos centrais (Garcia, 1977). Somente os Estados da Federação e os municípios demonstram uma certa preocupação com a formação de uma rede de serviços que proporcione maior facilidade de acesso, havendo entretanto nítida concentração em áreas de maior influência econômica e política.

Considerando algumas características de interação da população das regiões urbanas com os serviços médicos, e alguns requisitos básicos para racionalização a seguir apresentadas, e aceitando como inerente o direito desta população a facilidades de acesso proporcionais às suas necessidade de saúde e não à sua situa -

ção econômica, podemos contruir um modelo de organização de serviços médicos que procure a equidade na sua utilização pela população, uma vez que considerados os diferentes níveis de necessidade.

As características da interação da população urbana com os serviços médicos que deveriam ser levadas em consideração são:

1 - Multiplicidade dos sistemas de saúde existentes e de instituições dentro de cada sistema, abrangendo diferentes parcelas da população e distintos níveis de atenção, o que já criou determinados hábitos na população quanto à utilização dos serviços médicos.

2 - Ausência de uma definição formal quanto aos níveis de atendimento das várias instituições de saúde, incluindo-se aí principalmente os hospitais de diversos níveis.

3 - Facilidade de acesso pela população a uma grande variedade instituições, devido à relativa disponibilidade de transportes urbanos.

4 - Conhecimento pela população de uma grande variedade de instituições à sua disposição e possibilidade, através de informações pessoais ou dos meios de comunicação, de escolher não só o "melhor"hospital mas também o"melhor" serviço.

5 - Existência, formal ou informal, de mecanismos de referência de instituições de nível hierarquico inferior ou de médicos isolados para os serviços mais complexos.

6 - Utilização diferencial dos serviços médicos pela população, havendo tendência à menor utilização por aqueles mais distantes dos serviços e consequente concentração da demanda atendida nas áreas mais próximas aos mesmos.

7 - Utilização diferencial dos serviços pelos diferentes estratos demográficos e econômicos da população, devido as suas possibilidades de acesso e características culturais.

Os requisitos básicos para a racionalidade, já discutidos na Introdução, são:

1 - Distribuição espacial dos serviços segundo as características demográficas, econômicas e de morbidade da área.

2 - Adequação dos serviços aos vários níveis de atenção médica necessitados e existência de mecanismos de referência entre eles.

3 - Administração integrada da rede de serviços

4 - Aceitação e utilização pela população dos serviços instalados.

O modelo para a pesquisa deveria, portanto, apresentar:

1 - Administração integrada da rede de serviços, quer unificada ou através coordenação interinstitucional, possibilitando assim evitar a sua duplicação em determinadas áreas, onde atendem diferentes parcelas da população.

2 - Definição formal quanto ao nível de atendimento das várias instituições de saúde, baseado em critérios de complexidade dos recursos diagnósticos e terapeuticos disponíveis. Cada nível hierarquicamente superior compreende os níveis inferiores, sendo estas partes do serviço, entretanto, de tamanhos semelhantes aos serviços que não possuem os níveis superiores.

805

3 - Distribuição espacial tal que os níveis mais primários de atendimento se encontrem dentro de limites aceitáveis de tempo de transporte para fácil utilização pelos usuários, devendo portanto serem serviços de pequeno porte e relativamente próximos entre si. Os serviços mais complexos estariam proporcionalmente mais distantes entre si. Todos deveriam apresentar tamanho tal

que possibilitassem ouso eficiente dos recursos empregados e se prestassem a treinamento.

4 - Definição das áreas de influência dos vários níveis de serviço, baseado em critérios de tempo de transporte para sua utilização e para a prestação de serviços domiciliares, possibilitando à população alternativas para a escolha do serviço de sua preferência quando estas áreas apresentarem superposição.

5 - Mecanismos de referência formais entre os serviços hierarquicamente inferiores e superiores, de acordo com critérios de acessibilidade espacial e de especialidades necessárias aos níveis inferiores.

6 - Registro obrigatório nos centros primários de atenção da escolha da população por períodos determinados. A população registrada em cada centro primário estaria automaticamente registrada nos níveis hierarquicamente superiores ligados aos centros primários por mecanismos formais de referência.

7 - Maior concentração de serviços nas áreas que apresentarem maiores necessidades médicas e cuja população tenha características demográficas ou econômicas que restrinjam a sua utilização dos serviços.

8 - Entrada obrigatória pelos serviços primários nos casos de rotina e utilização aberta dos serviços de emergência.

Tal modelo apresentaria como principais vantagens:

1 - A delimitação precisa da população sob a influência dos vários níveis dos serviços médicos, podendo-se desta maneira conhecer o denominador da utilização dos serviços médicos e de morbo-mortalidade da demanda atendida. Nos serviços mais complexos a população a eles subordinada será a soma das populações registradas nos serviços hierarquicamente inferiores a eles ligadas.

2 - A possibilidade da determinação mais precisa da população para a qual os serviços médicos serão planejados.

3 - Manutenção de umasérie de alternativas para a escolha do centro de atenção primária pela população e possibilidade de se compatibilizar a complexidade das necessidades da população com a complexidade dos recursos existentes nos vários níveis, o que não seria possível com a abertura direta à população de todos os níveis de atenção.

4 - Possibilidade de funcionamento do modelo mesmo sem um sistema de saúde unificado desde que ele fosse coordenado por regiões conforme sugere a lei do Sistema Nacional de Saúde.

5 - A possibilidade de se oferecer mais serviços de saúde para as populações mais necessitadas.

É importante frisar quanto a este último ponto que o modelo não ignora as condições sociais e sanitárias como fatores causais na gênese das doenças, mas admite que dadas determinadas condições, que evoluem historicamente, ele a elas se adaptará.

B - MÉTODO

Quanto ao método empregado na análise dos recursos existentes, com o fim de reorganizá-los e acrescentar-lhes novos recursos, pode-se supor a princípio que o ideal é o estudo detalhado das características e das necessidades da população da área, que comparadas aos recursos existentes dariam um quadro mais real das mudanças necessárias. Porém, tendo em vista o custo e as dificuldades para a realização deste tipo de diagnóstico, é importante investigar se ele apresenta, em relação a outros métodos menos sensíveis porém mais acessíveis, diferenças tais que justifiquem sua utilização. Pode-se então tentar, saindo das formas clássicas de diagnóstico de saúde, buscar um método simples e que seja capaz de mostrar as relações objetivas entre os componentes da dinâmica da saúde da população.

B1 - Métodos empregados para a determinação das áreas de influência dos serviços médicos e para o estudo da compatibilidade entre as necessidades e a demanda e o nível de complexidade dos serviços.

O planejamento da organização e localização dos serviços de saúde pode ser baseado em características da área, dos próprios serviços ou nas relações entre ambos. Esquematicamente, foram desenvolvidos seis diferentes métodos de planejamento, baseados em: morbidade, mortalidade, utilização do sistema, performance , estrutura e distribuição (Navarro, 1970).

Aqueles métodos que utilizam a morbidade e a mortalidade , baseiam-se em normas técnicas acerca dos recursos necessários para atender ao padrão de doenças encontrado (White, 1968), determinando a partir delas as características do serviço. A análise é feita para toda a população de uma área definida, a qual se considera que terá um comportamento homogêneo em relação aos serviços de saúde; assim sendo, não há preocupação com a distribuição espacial dos serviços dentro da área considerada. Além disso, por utilizar geralmente dados referentes apenas à demanda atendida pelos serviços de saúde, este método torna-se incapaz de avaliar as necessidades de toda a população, o que só pode ser feito num estudo de campo.

Mais comumente empregados são os métodos baseados na utilização dos serviços de saúde. Drosness e Lubin (1966) estudaram a distribuição das proporções de pacientes que compõem a demanda atendida pelo hospital, segundo a distância ao serviço medida pelo tempo de viagem, encontrando uma relação inversa entre as duas variáveis. Paganini e Mateo, em 1968, estudaram a acessibilidade aos recursos de atenção médica na área metropolitana de Buenos Aires, encontrando uma distância real percorrida pela demanda mais de quatro vezes maior que a acessibilidade teórica,

sugerindo a necessidade de estudar este fato em relação a outros hábitos de consumo, com vistas a uma definição das áreas de influência hospitalar. Enquanto estes autores, da mesma forma que Pugliesi (1971), na Bahia, investigaram algumas características da demanda atendida, tanto sócio-demográficas como de morbidade, outros autores propõem a determinação de áreas (Meade, 1974) ou populações (Barr, 1957) servida pelos hospitais, utilizando apenas a proporção do total de pacientes oriundos de cada área que se dirigem a um determinado serviço; no 1º caso o hospital onde se concentra a maior proporção seria aquele ao qual a área está basicamente referida. Porém, esta influência não poderia ser determinada quando a demanda de uma área se distribuisse entre diversos serviços sem se concentrar nitidamente em um deles. No 2º caso somente são determinadas as populações e não as áreas. Em ambos os casos se repete o problema de não ser a distribuição da demanda entre os hospitais, necessariamente, representativa da população geral da área, cuja organização social vai determinar a utilização diferencial dos serviços e que, portanto, deve ser conhecida e tomada como base para a organização regional dos serviços de saúde (Gonçalves, 1968). Como tentativa de abordagem do problema, Richardson e Scutchfield (1973) buscaram determinar as atitudes da população consumidora sobre as necessidades de saúde, numa comunidade em Kentucky, indicando um caminho para nova forma de planejamento da distribuição de serviços de saúde.

Outra linha geral de planejamento é a baseada na performance dos serviços, que parte da definição de prioridades e metas referentes a uma região definida, e em função das quais se organizam os recursos (OPAS, 1972, Hillelxoc, 1972). Esta linha rege a formulação dos planos de saúde no Brasil que têm seguido de modo geral uma tendência economicista (Kowarick, Cebrap).

809
DILACERADO

Um pensamento que frequentemente tem orientado o planejamento do setor saúde, principalmente dentro da linha de regionalização, é a análise de estrutura e distribuição dos serviços, e sua coordenação

1957; Navarro, 1971; Dresfeld, 1973; Meade, 1974).

Os métodos baseados na distribuição dos recursos podem ser centrados na população ou na capacidade instalada. Na primeira alternativa define-se a população a estudar como os residentes de uma área geográfica, e a seguir analisam-se os padrões de utilização de serviços desta população. Este método parte da premissa de que a demanda atendida equivale a todas as necessidades de saúde daquela população, e calcula o uso futuro dos serviços em função do uso atual (Navarro,1971).

Na segunda alternativa define-se a população atendida em função do determinado volume de capacidade instalada na área, sendo a demanda distribuida pelos serviços existentes, o que pode ser feito em função de características do hospital e da população da área (Navarro, 1971).

O resultado concreto destes métodos será a avaliação de como estão sendo utilizados os recursos de saúde e sua reorganização buscando a redução dos gastos em relação ao volume da população coberta , através da simplificação dos serviços oferecidos e da coordenação dos mesmos (Llewelyn-Davies, 1969; OPS, 1970, OPS, 1972; Araújo, 1973; Bravo, 1974).

Ao pretender a regionalização como a extensão dos serviços de saúde à população, vários autores propõem baseá-la na determinação da influência dos serviços em relação à distância percorrida pelo paciente (Paganini, 1968; Drossness,1966). São utilizados parâmetros ora de distância geográfica, ora de tempo gasto ou de custo do transporte; são procurados padrões de distribuição da demanda atendida em torno dos estabelecimentos, na tentativa de estabelecer modelos matemáticos para localização de serviços (Albernathy e Hershey, 1972; Calvo e Marks 1973). Porém, de modo geral estes estudos consideram uma população fixa dentro de uma área geográfica definida como uma unidade com padrões homogêneos de utilização dos serviços de saúde, ou trabalham com mode-

los de população hipotéticos em que não usam variáveis que se mostram importantes nas populações reais.

Além do mais, um modelo que se mostra eficaz para o planejamento numa determinada região pode não sê-lo em outra, pois se de modo geral as características a serem estudadas podem ser as mesmas, suas relações não serão necessariamente iguais numa população com outra história, outra organização e outra dinâmica. Então, este modelo não pode ser apresentado numa forma acabada, pronto para ser usado em qualquer tempo e local, mas somente como uma orientação geral da metodologia a ser empregada na análise de uma situação concreta.

B2 - MATERIAL E MÉTODOS

Devido às facilidades existentes (local de residência dos pesquisadores, conhecimento mais profundo das redes de assistência médica, grande área urbana com diferentes tipos de população), a pesquisa de desenvolverá no município do Rio de Janeiro.

O método elaborado utilizará como critérios de análise da atual organização dos serviços de saúde, as características do modelo proposto. Assim sendo, parte da premissa que a distribuição da demanda não segue um padrão espacial fixo, havendo várias alternativas possíveis para a procura de um serviço. Portanto, ao invés de encontrar uma área dividida em sub-áreas isoladas em função dos recursos existentes, supõe-se que as populações referidas a cada serviço estarão distribuidas sem limites fixos e por vezes superpostas.

No entanto, admitimos que o fator principal na determinação da influência dos serviços é a distância e o tempo ou custo do transporte, da residência ou local de trabalho até o serviço de saúde. Este fator, decisivo para a procura de atenção médica, será modificado, de acordo com nossas hipóteses, por características da população e dos próprios serviços.

Entre as características dos serviços de saúde estudaremos as seguintes:

1 - tamanho - medido pelo volume de consultas ambulatoriais e de altas hospitalares por unidade de tempo.

2 - complexidade - medida pelo número de facilidades oferecidas pelo serviço, quanto a atividades finais (especialidades clínicas e cirúrgicas) e auxiliares (laboratórios, radiologia, etc.).

3 - acessibilidade econômica à população - avaliada pelo tipo de pagamento realizado pelo paciente: atendimento gratuito, atendimento como segurado ou pagamento direto.

4 - concentração de outros serviços nas proximidades - volume de serviços por população localizados a uma distância definida do serviço estudado.

5 - disponibilidade de rede de transporte para o acesso - medida pela área coberta pelos tipos de transporte que passam a uma determinada distância do serviço.

6 - existência de mecanismos formais e informais de referência - avaliada pela existência de convênios ou de encaminhamento de pacientes a serviços mais complexos.

Estas características não serão analisadas separadamente, mas serão estudados serviços-tipo resultantes da combinação das seis características. Os tipos a serem estudados serão escolhidos após um estudo preliminar dos serviços de saúde que funcionam na região metropolitana do Rio de Janeiro nas diversas redes existentes e nos vários níveis de atendimento. As informações para esta etapa do estudo serão obtidas de registros oficiais.

812

De um tipo de serviço serão estudados vários estabelecimentos, a fim de analisar a influência das características da população da área: densidade populacional, estrutura etária e nível de

renda e morbidade).

Uma vez definidos os serviços a serem estudados, as informações para as etapas seguintes do estudo serão obtidas através de:

1 - entrevista com amostra de pacientes ambulatoriais e internados de cada serviço, considerando as grandes divisões anteriormente referidas (clínica-cirúrgica, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, emergência e imunizações). Nesta entrevista serão obtidas as seguintes informações:

a - local de residência e trabalho (distância do serviço).

b - tempo de transporte ao serviço (da residência ou trabalho).

c - tipo e custo do transporte ao serviço (da residência ou trabalho).

d - características sócio-demográficas - sexo, idade, atividade (renda), nível de instrução, cobertura para assistência médica (INPS, FUNRURAL, Convênio-empresa, particulares sob cobertura).

e - características de morbidade - causa da vinda ao serviço e diagnóstico.

f - origem do paciente - vinda espontânea, referência formal ou informal de outro serviço ou de pessoa não ligada a serviço de saúde.

2 - entrevista com uma amostra da população da área em que se localizam os serviços estudados, colhendo as seguintes informações:

a - características sócio-demográficas - sexo, idade, atividade (renda), nível de instrução, cobertura para assistência médica.

b - características de morbidade - doenças apresentadas na última semana e no último mês.

As informações obtidas serão analisadas da seguinte maneira:

1 - delimitação de faixas em torno do serviço segundo as proporções da demanda atendida nelas localizadas, com relação à distância, tempo e custo de transporte e verificação da concentração das atividades oferecidas nestas mesmas faixas. A área total delimitada chamare - mos "área de influência do serviço".

2 - Comparação dessas faixas de proporções da demanda segundo suas características sócio-demográficas e de morbidade e verificação da concentração de atividades pelos sub-grupos sócio-demográficos das faixas das áreas de influência dos serviços.

3 - Comparação entre os padrões de distribuição da demanda dos vários serviços-tipo estudados.

4 - Num dos tipos de serviço (cujo estudo será repetido em áreas de características diferentes), comparados padrões de distribuição da demanda segundo as características sócio-demográficas da população de sua área de influência.

5 - Ao estudo dos padrões de distribuição da demanda segundo caracte - rísticas sócio-demográficas da população, acréscimo do estudo da estrutura de morbidade dessa população.

6 - Comparação entre o grau de complexidade da demanda atendida e dos instrumentos disponíveis nos serviços.

7 - Comparação entre o grau de complexidade das necessidades da popula ção estudada e dos instrumentos disponíveis no serviço.

8 - Análise crítica da metodologia empregada acerca de sua capacidade de apresentar as características de organização da rede de serviços de saúde nas suas relações com a população, e de possibilitar a determinação de locais e características desejadas para novos servi-

ços a serem criados na área estudada.

Os dados sobre a população serão retirados do censo de 1970.

Os indicadores empregados e os métodos especiais de análise estão em fase de elaboração.

VI. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades \ Meses	1977			1978													1979		
	(*)			1º Trim.			2º Trim.			3º Trim.			4º Trim.			1º Trim.		
	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	
Análise dados secundários. Escolha área de estudo.																		
Desenvolvimento dos indicadores																		
Contatos com as instituições selecionadas																		
Preparação de questionários																		
Teste e correção dos questionários																		
Aplicação dos questionários nas instituições																		
Codificação de questionários instituições																		
Tabulação de questionários instituições																		
Aplicação de questionários à população																		
Codificação dos questionários da população																		
Tabulação dos questionários da população																		
Avaliação e preparação dos resultados - relatórios parciais																		
Análise dos resultados e redação do relatório final.																		

(*) Fase prévia realizada com pessoal e recursos do Projeto PEPPE 01.

PROJETO PEPPE 42.0

1. TITULO DO PROJETO:

"A Mortalidade por tipos de Câncer no Município do Rio de Janeiro , 1955 - 1975"

2. DURAÇÃO

14 meses

3. ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Fundação Oswaldo Cruz
Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas - PEPPE

4. COORDENAÇÃO:

Núcleo Central do PEPPE -
Dr. Eduardo de Azeredo Costa (Responsável)

5. ENDEREÇO:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - 9º andar
Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ
CEP 20.000 - Telefone: 230.1318

C O N T E Ú D O

RESUMO

1. Justificativa

2. Objetivos

3. Metodologia

4. Bibliografia

5. Cronograma

6. Recursos Humanos

7. Previsão de Recursos/Orçamento

ANEXO I - Ramos e Classes de Atividade

ANEXO II - Curricula Vitae

RESUMO

De acordo com o item 8 dos projetos prioritários para a pesquisa na área de saúde (Capitulo VII.4 do PBDCT), o projeto tem por objetivo geral uma melhor compreensão da dinâmica populacional de alguns tipos de câncer, através a análise de uma série histórica de mortalidade. Para a consecução deste objetivo, será utilizado como instrumento de pesquisa o conjunto de certificados de óbito do município do Rio de Janeiro, no período de 1957 a 1975. Serão analisadas as distribuições de mortalidade dos dez prováveis principais tipos de câncer em termos de incidência, em função da idade, do sexo, do local de moradia, da ocupação e do local de óbito ao longo do período.

PROJETO PEPPE 42.0

A MORTALIDADE POR ALGUNS TIPOS DE CÂNCER NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

- 1955 - 1975 -

1. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, vem assumindo posição importante na nosologia brasileira, o problema do câncer. Isto se deve a vários fatores , dentre os quais pode-se destacar:

1. A urbanização acelerada, fazendo com que, hoje, a maioria da população viva nas cidades e, portanto, esteja exposta à enorme série de fatores ambientais potencialmente cancerígenos, mais prevalentes nestes locais;

2. O envelhecimento paulatino da população brasileira, que provoca a entrada de contingentes populacionais cada vez maiores nas faixas etárias mais suscetíveis à doença.

Este fato pode ser melhor descrito quando observamos a posição relativa do câncer como causa de morte na maioria das capitais brasileiras em 2 momentos:

TABELA I

POSIÇÃO RELATIVA DO CÂNCER COMO CAUSA DE MORTE EM 20 CAPITAIS BRASILEIRAS EM 1950 E 1965 (OU ANOS PRÓXIMOS)

	1950	1965		1950	1965
São Paulo	3a.	1a.(*)	Aracajú	7a.	4a.
Porto Alegre	3a.	1a.(§)	Florianópolis	6a.	8a.
Guanabara	5a.	1a.	São Luiz	12a.	4a.(*)
Curitiba	5a.	1a.	João Pessoa	10a.	5a.
Belo Horizonte	5a.	3a.	Maceió	9a.	4a.
Vitória	10a.	7a.	Belém	9a.	5a.
Salvador	14a.	4a.	Manaus	11a.	6a.
Niterói	7a.	3a.	Goiânia	6a.	8a. (§)
Natal	11a.	3a.	Recife	10a.	5a.
Cuiabá	8a.	7a.	Terezina	8a.	6a.

(*) 1964
(§) 1963
Fonte: Conceição, M.B. - Epidemiologia do Câncer
Camp. Nac. Combate ao Ca. 1971.

No quadro geral do país, o Rio de Janeiro situa-se em posição destacada quanto à mortalidade por Câncer. Não só as taxas são elevadas como vêm aumentando de modo bastante acelerado. De 1950 a 1970 o aumento foi de cerca de 20% para homens e de 25% para mulheres. Este fato pode ser observado na Tabela II e no Gráfico I:

T A B E L A II

TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICAS POR SEXO E ESTANDARTIZADAS POR IDADE, POR CÂNCER (TODAS AS FORMAS) EM 1950, 1960. 1970, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR 100 000 HABITANTES.

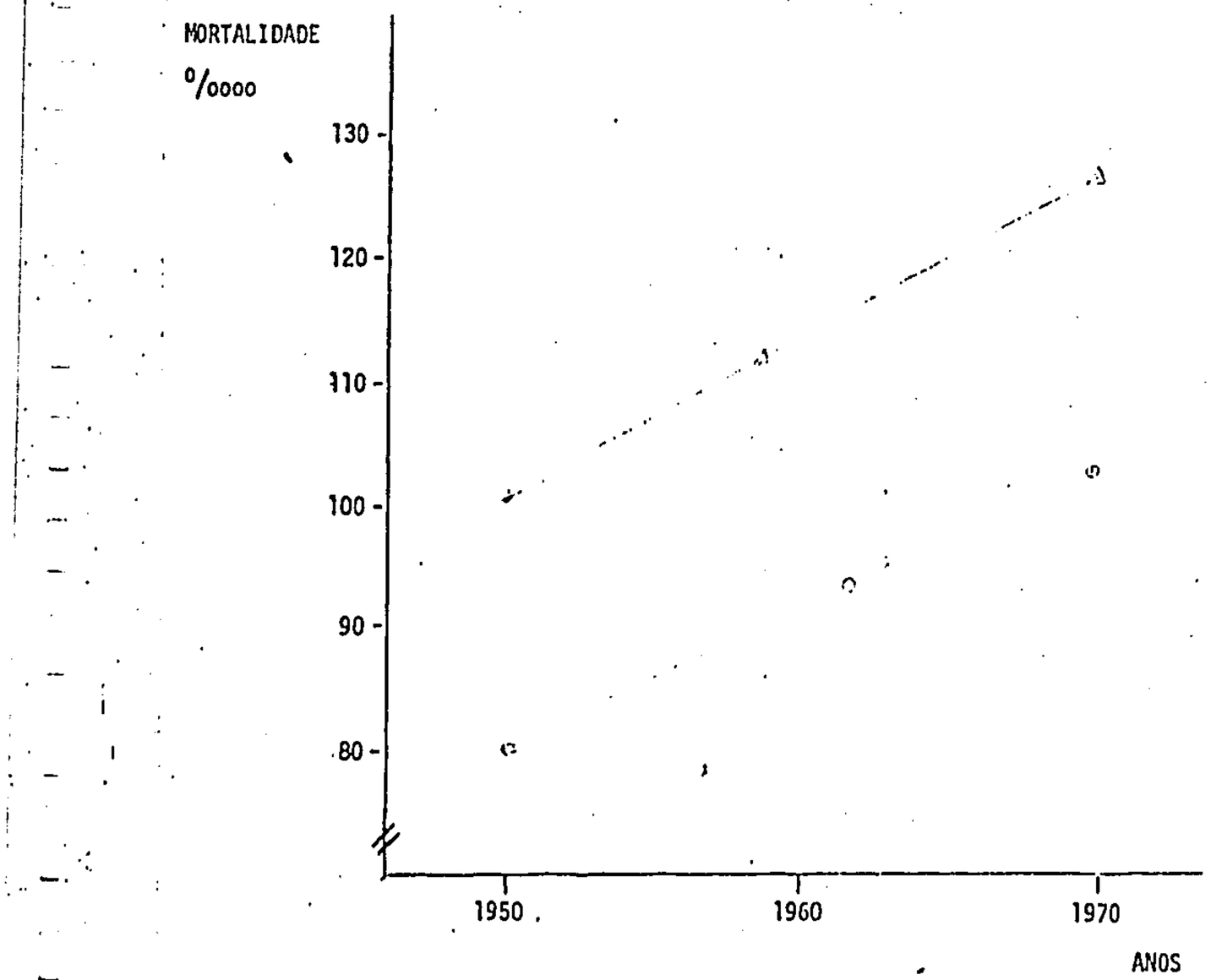
A N O S

	1950	1960	1970
HOMENS	102.48	114.55	127.40
MULHERES	82.79	93.35	103.36

* População Standard - Município do Rio de Janeiro 1970.

G R Á F I C O I

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER (TODAS AS FORMAS) SEGUNDO SEXO E PARA TODAS AS IDADES.
1950, 1960, 1970.
TAXAS POR 100 000 HABITANTES.



Embora parte dessa tendência geral de crescimento possa ser devida ao aumento das taxas de hospitalização e da cobertura do sistema de notificação dos óbitos, é fato que, ao aumento da mortalidade deve corresponder um aumento real na incidência, produto do aumento da exposição da população a alguns fatores de risco. Por outro lado, seja qual for a explicação do fenômeno, o certo é que, mantidas as taxas atuais de crescimento, devemos esperar, para 1980, cerca de 7 500 óbitos por câncer no município do Rio de Janeiro.

Em contradição com sua importância, o problema tem sido pouco estudado do ponto de vista epidemiológico. Num grupo de doenças onde uma possível redutibilidade repousa basicamente no diagnóstico e tratamento precoces, parece-nos de capital importância o melhor conhecimento do problema em termos coletivos, não só do ponto de vista do reconhecimento de fatores de risco específicos à nossa população, como fundamentalmente do ponto de vista da provisão mais eficaz e mais eficiente de serviços de saúde. Embora, como é sabido, os estudos de mortalidade tenham certas limitações quando suas conclusões são projetadas para a incidência das doenças, no caso dos cânceres - alguns com alta letalidade - aqueles estudos tem sua importância justificada. Acresce a este fato o de que hoje, no Rio de Janeiro, é praticamente impossível, pela inexistência de registros de câncer adequados, a realização de estudos de incidência que aliem a uma massa de informação de volume razoável, uma qualidade adequada de informação.

2. OBJETIVOS

São os objetivos do Projcto:

2.1 - Estabelecer e analisar a evolução da mortalidade geral por tipos selecionados de câncer no município do Rio de Janeiro no período considerado.

2.2 - Estabelecer e analisar os diferenciais específicos, por sexo e idade, na mortalidade dos diversos tipos de câncer selecionados, ao longo do período e entre cânceres de distintas localizações.

2.3 - Estabelecer e analisar possíveis concentrações ocupacionais na mortalidade dos diversos tipos de câncer selecionados.

2.4 - Estabelecer e analisar a distribuição espacial da mortalidade entre os diversos tipos de câncer selecionados, transversal e longitudinalmente ao longo do período.

2.5 - Analisar alguns aspectos quantitativos da atenção médica aos pacientes de câncer ao longo do período e segundo o tipo de câncer.

3. METODOLOGIA

O estudo da distribuição espaço-temporal do câncer data de muito tempo. O primeiro trabalho desta natureza foi realizado por Hirsch (1) em 1883 analisando o câncer de escroto na Inglaterra e o câncer de parede do abdome na Cachemira. No entanto, a falta de dados confiáveis e com suficiente cobertura de população tem sido uma importante limitação na elaboração de estudos deste tipo, sendo que, até recentemente, a investigação do tema esteve continuada à - queles poucos países que possuiam dados de mortalidade de boa qualidade (2).

No Brasil, a bibliografia existente é escassa. O material predominante é, basicamente, o oriundo das tabulações realizadas pelas Secretarias de Saúde que, como é sabido, possuem baixo teor analítico e trabalham com poucas variáveis, normalmente sexo e idade. Quanto a outros tipos de publicações, numa revisão publicada em 1963 pela Organização Mundial de Saúde (3) abrangendo bibliografia sobre epidemiologia de câncer, de 1946 a 1960, dentre os 30 trabalhos de autores brasileiros, somente 8 (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11), abordavam o tema das distribuição espaço-temporal da mortalidade. Acresce a isto que, destes, a grande maioria trabalhava séries históricas curtas, o que no caso de enfermidades de evolução crônica, diminui o alcance da análise.

Uma das principais dificuldades dos estudos de análise da distribuição espaço-temporal de doenças, diz respeito à comparabilidade das informações no tempo e nas diferentes populações consideradas. No entanto, a utilização de uma fonte de informações como a que vamos trabalhar - Certificados dos óbitos ocorridos no atual município do Rio de Janeiro de 1955 a 1975 . na medida em que foi toda processada numa mesma instituição - a atual Secretaria Estadual de Saúde - assegura uma relativa homogeneidade dos dados.

As tabulações existentes a partir desta fonte são somente a distribuição das causas de morte segundo sexo, idade e região administrativa onde ocorreu o óbito. Por outro lado, a série não abarca todo o período que estamos considerando e a classificação dos óbitos foi elaborada utilizando-se a lista B de 50 grupos de causas pa

ra tabulações de mortalidade. Assim, parece-nos relevante a análise de algumas outras variáveis contidas no certificado, como também a utilização da lista tabular de inclusões e de sub-categorias de 4 algarismos.

Uma das primeiras opções metodológicas, diz respeito à quais tipos de câncer analisar. Partindo de uma primeira limitação da própria fonte de informação, as neoplasias serão classificadas a partir de um critério topográfico, isto é, de suas localizações. Por outro lado preferimos selecionar as localizações a serem analisadas em função das taxas de incidência e não de mortalidade, devido ao fato de que, para alguns cânceres de alta letalidade, a mortalidade poder ser considerado um razoável estimador da incidência (12). Poderíamos assim, para estes tipos de câncer, aplicar às taxas de mortalidade encontradas os índices desenvolvidos por Doll em 1967 (13). Assim, das 88 localizações incluídas na 8a. revisão da CID (1965) (14), decidimos selecionar os 10 mais importantes em termos de incidência, sendo que, para isto, utilizamos os dados do registro de câncer de São Paulo (15) para 1969 (Tabela III). Acreditamos serem pequenas, se existentes, variações na ordem em relação ao Rio de Janeiro.

T A B E L A III

LOCALIZAÇÃO DE CÂNCER, SEGUNDO ORDEM DECRESCENTE DE INCIDÊNCIA (°/oooo) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SEGUNDO O SEXO E PARA TODAS AS IDADES, EM 1969.

LOCALIZAÇÃO	INCIDÊNCIA			OBSERVAÇÕES
	HOMENS	MULHERES	AMBOS OS SEXOS	
Pele	25.5	26.2	25.8	
Estômago	29.7	14.7	22.0	
Colo útero *	-	21.9	** 21.9	** Denominador - população feminina. * Exclusive carcioma in situ.
Mama	0.3	36.8	18.9	
Pulmão	14.7	3.6	9.1	
Próstata	8.1	-	(*) 8.1	(*) Denominador - População masculina.
Colon	5.1	7.3	6.2	
Laringe	9.0	0.9	4.9	
Reto	4.4	4.9	4.7	
Bexiga	6.8	1.3	4.0	

Outra questão importante a ser levada em conta é a modificação na codificação dos óbitos, ocorrida em 1968, devido a publicação em 1965, da 8a. revisão da Classificação Internacional das Doenças. Comparando a classificação dos 10 tumores em questão, observamos que em 5 localizações, houve modificação, conforme pode ser observado na TABELA IV.

T A B E L A IV

CÓDIGOS, NA 7a. (16) E 8a. REVISÕES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS, DE 10 TIPOS DE NEOPLASIAS, SEGUNDO SUA LOCALIZAÇÃO.

LOCALIZAÇÃO	7a. REVISÃO	8a. REVISÃO
Pele	191	173
Estomãgo	151	151
Colo útero	171	180
Mama	170	174
Pulmão	162.1	162.1
Próstata	177	185
Colon	153	153
Laringe	161	161
Reto	154	154
Bexiga	181.0	188

A análise da distribuição etária será feita através a classificação dos certificados em faixas de idade idênticas à utilizada pelo Censo Demográfico nas tabelas referentes à população presente. Parece-nos mais adequado este procedimento, em virtude do fato do município constituir-se num local de referência de pacientes (e portanto, de óbitos) de outros pontos do país.

Além disso, limitaremos a análise dos óbitos ocorridos entre 35 e 70 anos, pois em faixas etárias mais baixas, o pequeno número de casos pode introduzir variações aleatórias importantes e nas faixas acima de 70 anos, a possível existência de menor utilização dos serviços de saúde, pode levar a erros de interpretação (17).

Na medida em que, no período em questão, tem-se observado um indiscutível envelhecimento da população do Rio de Janeiro, nas compações longitudinais será realizada a padronização dos coeficientes, sendo que elegemos como padrão, a população do município determinada pelo Censo Demográfico de 1970, em virtude da inexistência de população estabelecida por censo no meio do período a ser analisado.

Com exeção do câncer de colo uterino e da próstata, os óbitos deverão ser analisados por sexo.

A análise da distribuição geográfica dos óbitos por câncer será feita através a identificação da Região Administrativa onde residia o paciente, na ocasião do óbito. Isto coloca-nos um problema devido ao fato da introdução das R.A. como unidade de divisão política do município datar de 1963. Como o período a ser analisado inicia-se em 1955, no caso dos óbitos anteriores a 1963, aplicaremos o local de moradia na ocasião do óbito às Regiões Administrativas criadas posteriormente. As Regiões Administrativas consideradas são as definidas pelo Censo Demográfico da Guanabara de 1970 (18).

A análise dos óbitos segundo a ocupação do falecido será baseada nos ramos e classes de atividades definidas pelo Censo Demográfico de 1970 para a Guanabara (Anexo I). O detalhamento será feito de acordo com a evidência na literatura, de riscos ocupacionais especiais. Assim, nas 10 localizações analisadas, em quatro haverá detalhamento para classes de ocupação que oferecem riscos especiais. São elas: Pele, Pulmão, Laringe e Bexiga. Uma quinta localização onde seria interessante detalhar a distribuição por ocupação seria o câncer de colo uterino entre prostitutas. No entanto, esta ocupação não consta na lista do Censo.

O estudo do aspecto quantitativo do cuidado médico ao longo do tempo será feito através a análise da evolução das proporções de óbitos hospitalares e domiciliares.

Do exposto até aqui, fica clara a intenção de utilizar para a construção dos numeradores, índices que sejam compatíveis com as tabulações dos Censos Demográficos. Isto é verdadeiro para sexo e idade bem como para ocupação e local de residência.

A análise dos dados será realizada a partir de informações previamente armazenadas em fita magnética.

4. BIBLIOGRAFIA

(1) HIRSCH, A. (1883) - Handbook of Geographical and Historical Pathology. Citado por Doll, R. - Prevention of Câncer. The Nuffield Provincial Hospitals Trust - 1967, p.30;

(2) DOLL, R. - Prevention of Câncer . Pointers from Epidemiology. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1967, p.30

(3) Bibliography on the Epidemiology of Câncer 1946-1960. World Health Organization, Geneve, 1963;

(4) TRAMUJAS, A. da C. - Aspectos estatísticos da mortalidade por câncer em Curitiba - Rev. Bras. Câncer 1948: 2, 69-77

(5) JUAÇABA, H. - O problema do câncer no Ceará - Ceará Med. 29: nº 10-12, 6-10, 1950;

(6) MARSILLAC & MERCHED - A posição do câncer nas capitais brasileiras em relação a outras causas de morte nos anos 1950, 1951, 1952. Rev. Bras. Câncer, 1954, 11: nº 12, 65-80;

(7) MERCHED & MARSILLAC - Câncer e estatística; Mortalidade por câncer nas capitais brasileiras no decurso de 1943 a 1952; Mortalidade por câncer no Distrito Federal por grupos de idade, sexo e cor no quinquênio 1948 a 1952. Rev. Bras. Câncer, 1954 11: nº 12, 40-64;

(8) MORAES, A. DE - O problema do cancro, em especial do cancro do colo do útero no Rio de Janeiro. J.Med. (Porto), 1956, 31, 245-47;

(9) SCHNID, A.W. - Estudos sobre a mortalidade por várias causas no município de São Paulo. 5 - Neoplasmæ Malignos Arch.Fac. Hig. S. Paulo, 1959, 13, 371-88;

(10) PRUDENTE, A. - Patologia geográfica e estatísticas referentes ao câncer, no Brasil. Rev. Bras. Ca., 1959, 37, 283-86

(11) MARSILLAC & SCORZELLO - General considerations on the Epidemiology of Câncer in Brazil and in Rio de Janeiro in Particular. Acta Un. Int. Câncer, 1960, 16, 1725-40;

(12) LILIENFELD, A.M., PEDERSEN, E. and DOWD, J.E. - Câncer Epidemiology: Methods of Study. The Hopkins Press, Balto, Maryland, 1967, p.47;

(13) DOLL, R. - Prevention of Câncer. Pointers from Epidemiology. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1967, p. 33.

(14) Classificação Internacional das Doenças, 8a. Revisão (1965) Organização Mundial da Saúde, Genebra, 1969;

(15) Registro de Câncer de São Paulo - Incidência do Câncer no município de São Paulo, 1969 - São Paulo, 1975;

(16) Classificação Internacional das Doenças, 7a. Revisão (1961). Organização Mundial da Saúde, Genebra, 1966;

(17) DOLL, R. - Prevention of Câncer. Pointers from Epidemiology. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1967, p. 32;

(18) CENSO DEMOGRÁFICO - GUANABARA. VIII Recenseamento Geral 1970. Série Regional, vol. I - Tomo XVII, p. LXXIII, IBGE - 1973.

5. CRONOGRAMA

Primeira Etapa: Levantamento bibliográfico

Segunda Etapa: Processamento de dados

Terceira Etapa: Análise dos dados

Quarta Etapa: Redação final

Etapas \ Meses	J 1	F 2	M 3	A 4	M 5	J 6	J 7	A 8	S 9	O 10	N 11	D 12	J 13	F 14
Levantamento bibliográfico	(1)———		(3)											
Processamento dos dados	(1)———											(12)		
Análise dos dados									(9)———			(13)		
Redação												(13)—	(14)	

PROJETO PEPPE 44.0

1. TITULO DO PROJETO:

"Hipertensão Arterial: uma perspectiva sócio-ecológica"

2. DURAÇÃO:

14 meses

3. ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Fundação Oswaldo Cruz
Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais
e Epidemiológicos - PEPPE

4. COORDENADOR:

Eduardo de Azeredo Costa
Professor Titular da ENSP

5. ENDEREÇO:

Rua Leopoldo Bulhões 1480, 9º andar
Manguinhos, Rio de Janeiro

6. SUBMETIDO A FINEP EM:

PROJETO PEPPE 44.0

INVESTIGAÇÃO DA HIPERTENSÃO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

1. JUSTIFICATIVA GERAL

A proposta de investigação da hipertensão no Rio Grande do Sul deve ser vista como parte do II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (II PBDCT). Segundo o mesmo, no sub-programa de Saúde dos programas de Tecnologia Aplicada ao Desenvolvimento Regional e Social, entre os projetos prioritários encontra-se o de Pesquisas sobre Doenção Não Transmissíveis, "que visa à realização de pesquisas sobre o cancer as doenças cardiovasculares e alguns tipos de doenças psico-patológicas". Entre as instituições às quais caberia o desenvolvimento dos mesmos encontra-se o IPCB (Instituto Presidente Castello Branco) agora Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, a qual administra e coordena as atividades do Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE), em convênio com a FINEP. O PEPPE por sua vez define como uma das atividades de suas linhas de ação a investigação de doenças crônicas e degenerativas, viabilizando assim institucionalmente o cumprimento do II PBDCT.

2. A HIPERTENSÃO NO RIO GRANDE DO SUL

Em 1974, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS) iniciou um programa visando o controle da hipertensão que consiste basicamente em padronizar: a) medida de pressão arterial nas unidades de saúde; b) conduta e tratamento de casos ambulatoriais de hipertensão; e c) investigação posterior e/ou hospitalização de casos especiais.

Este programa é único no Brasil e, até certo ponto, vem sendo criticado, pois diz-se que é difícil reduzir a hipertensão do ponto de vista da saúde pública, e, que existem outras prioridades no setor saúde negligenciadas no Estado. Porém, deve-se acrescentar que o Rio Grande do Sul apresenta uma situação de saúde singular,...

assim é que as doenças cardiovasculares representam o grupo mais frequente de causas de óbitos tomando-se o Estado como um todo e não apenas a capital.

A Tabela 1 mostra as proporções de óbitos decorrentes segundo grupos de causas no RGS, no período de 1971 a 1974. Nesta tabela não se incluem as causas mal-definidas de óbitos que contribuem com menos de 15% do número total no período. É importante ressaltat também que 88,8% dos atestados de óbito ocorridos nas áreas rurais do RGS são assinados por médicos, enquanto que em Porto Alegre esta mesma proporção sobe para 99,9%-

As doenças hipertensivas, per si, contribuem em média com 6% dos óbitos por causas cardiovasculares, porém são as causas mais frequentes de consultas e licenças para ausência ao trabalho entre servidores do Estado no RGS. (Tabela 2).

Na Tabela 3 comparam-se as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares em Porto Alegre (RGS) e nas cidades incluídas no estudo de mortalidade urbana da PAHO (Organização Pan Americana de Saúde). Esses números são apenas grosseiramente comparáveis já que as taxas do estudo da PAHO são corrigidas através de uma cuidadosa investigação dos certificados de óbito e de um sistema de ponderação com causas contribuintes. Isso poderia explicar porque Porto Alegre apresenta uma das taxas mais baixas de mortalidade por doenças hipertensivas. No estudo da PAHO verificou-se que o acréscimo do número de óbitos por doenças hipertensivas como consequência da obtenção de informações adicionais foi maior do que para qualquer outro tipo de doença cardiovascular, de tal forma que as taxas corrigidas praticamente dobraram em relação às que teriam sido obtidas simplesmente com os atestados de óbitos. A hipótese é reforçada também pelo fato de Porto Alegre apresentar uma das mais altas taxas de mortalidade por "outras doenças do sistema cardiovascular". No mesmo estudo observou-se que em 81% dos óbitos por hemorragia cerebral havia se constatado níveis pressórios elevados compatíveis em hipertensão. Por esses dados se verifica que a força da hipertensão como causa básica ou contribuinte de óbito está, mais provavelmente, bastante subestimada.

Por outro lado, a distribuição regional da mortalidade por hipertensão no RGS mostra Porto Alegre e sua área periférica indus-

trial com uma taxa que se inclui entre as mais baixas, como pode ser visto no mapa da figura.1. As regiões apresentadas são de natureza administrativa, (Delegacias Regionais de Saúde - Secretaria de Saúde do RGS) porém, a grosso modo, reproduzem as regiões geográficas e econômicas homogêneas do Estado; ainda assim, é possível que essas regiões homogêneas venham a apresentar diferenciais mais notáveis de mortalidade. Repare-se que para essas regiões foram obtidas taxas de mortalidade padronizadas por idade, corrigidas pela proporção de causas mal-definidas por idade, para o total do período de 1970 a 1975, com os dados sobre registro de óbitos fornecidos pela Secretaria de Saúde do RGS. Portanto, se esses números não são um artefato resultante de dados pouco confiáveis poderiam ser relacionadas quatro hipóteces explicativas:

a) distribuição da assistência médica e facilidade de diagnóstico (isso, entretanto, não explicaria o achado de uma baixa taxa na capital);

b) distribuição de diferentes grupos etnicos no Estado;

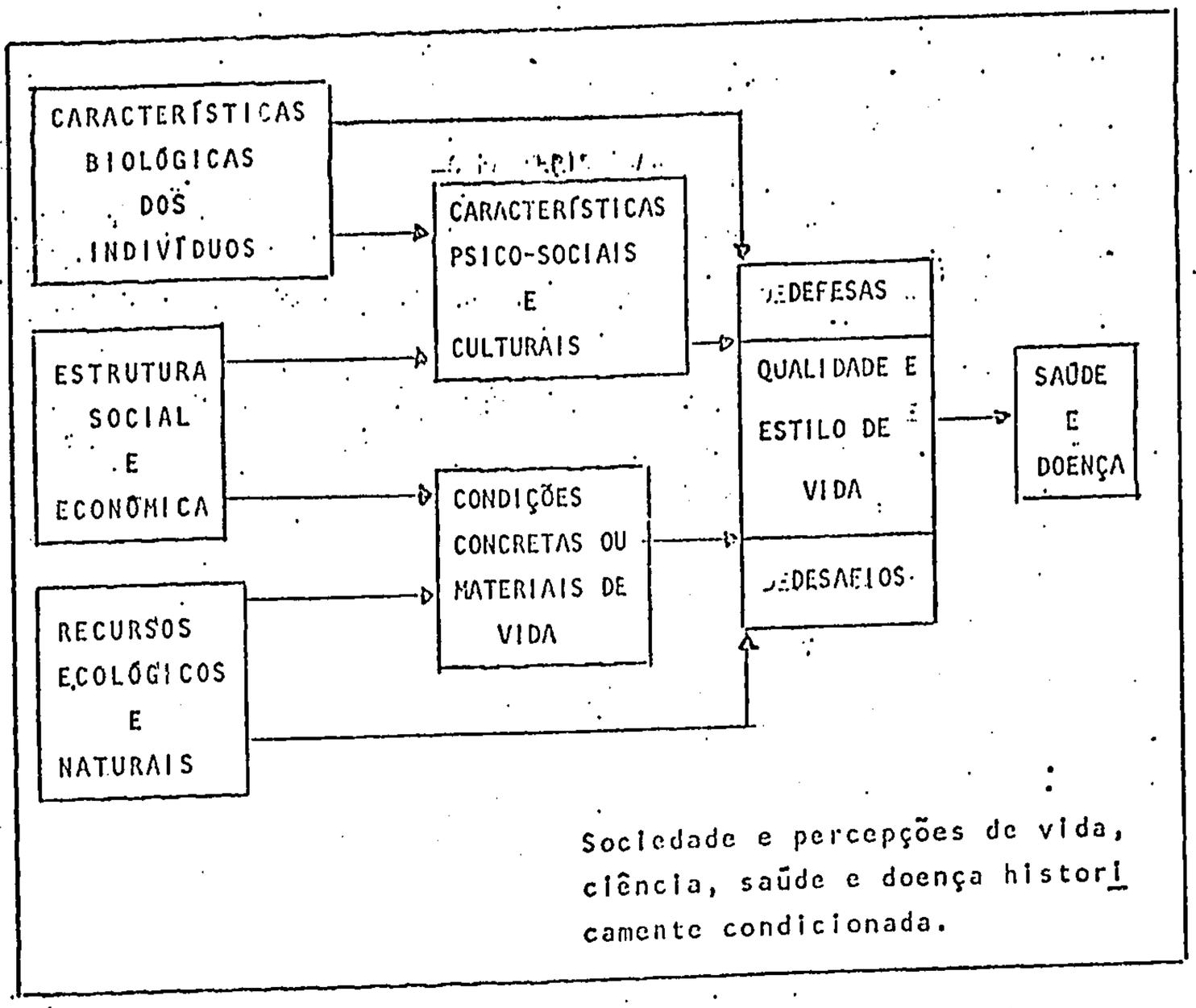
c) fatores sociais e/ou econômicos e tensões relacionados com as diferenças de recursos naturais e de atividades humanas entre as áreas do Estado;

d) diferenças culturais, de modo de vida e hábitos resultantes dos itens anteriores, considerando-se, especificamente, mecanismos psicológicos de adaptação, consumo de sal e outros hábitos tradicionais como o churrasco e o chimarrão.

Até este momento não existem dados suficientes que permitam apoiar ou descartar uma destas hipóteses, sendo que todas podem, enfim, serem consideradas como fatores contribuintes para o desenvolvimento da hipertensão.

3. REVISÃO DOS PROBLEMAS BÁSICOS RELACIONADOS À CAUSALIDADE NA HIPERTENSÃO

Do que foi visto sobre a hipertensão em relação ao estado do Rio Grande do Sul conclue-se que as hipóteses explicativas lançadas permitem a formação de um modelo geral de causalidade que possa ser aplicado ao estudo da hipertensão. Um esforço nesse sentido resulta no seguinte:



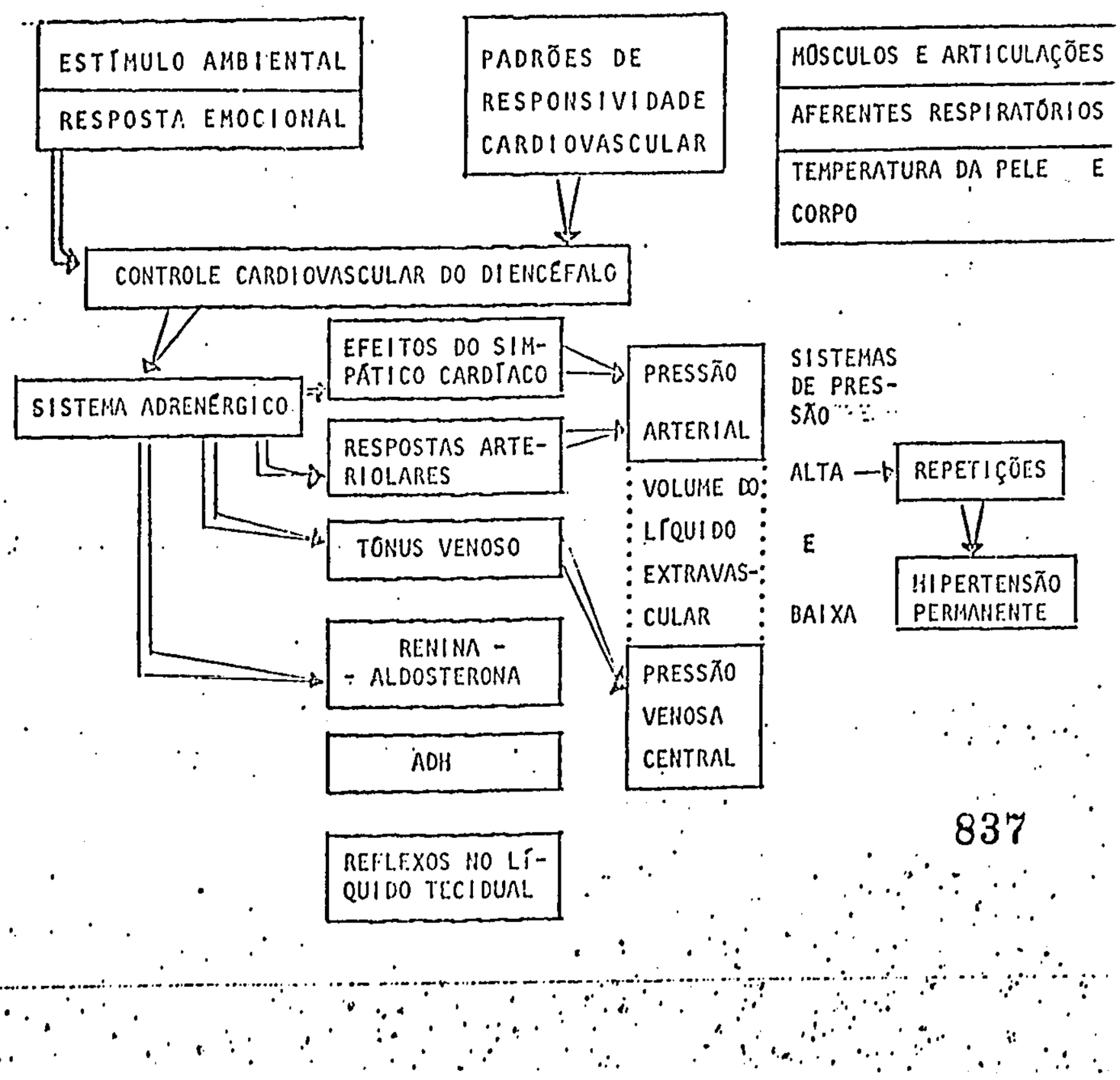
No caso específico a primeira tarefa seria tentar determinar "situações de sobretensão" e "situações que levem a ingesta elevada de sal e água" capazes de perturbar o equilíbrio homeostático vital dos indivíduos, de tal maneira que o vínculo entre o so-

cial e o biológico possa ser compreendido. Isto significa que ao "stress" e "excesso de sal e água" se atribue, hipoteticamente , o papel de mediadores na determinação social da hipertensão.

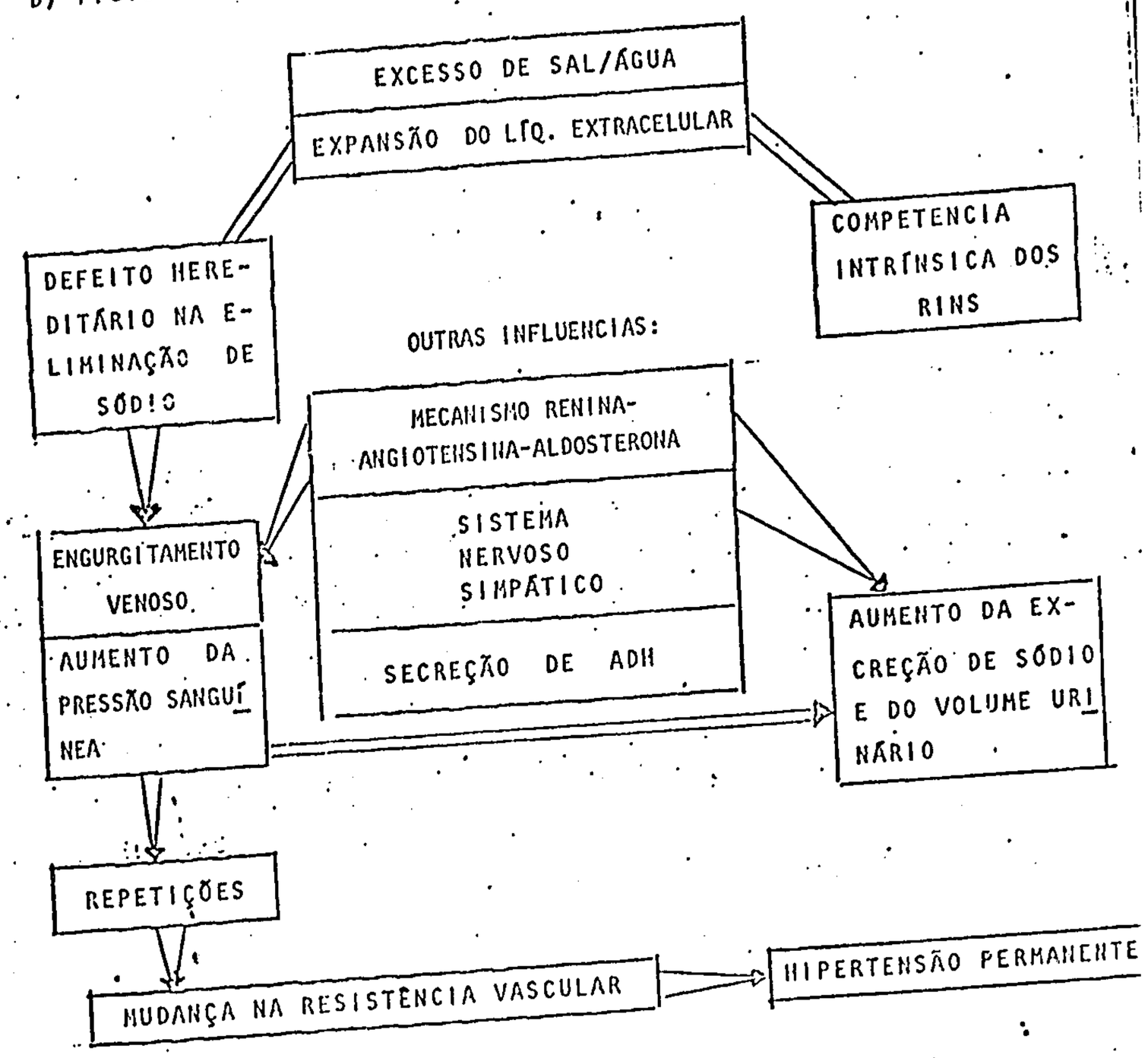
Uma segunda tarefa seria determinar se todavia existe fundamentação científica para tanto. A investigação de relações causa e efeito entre "stress" e hipertensão e entre "sal" e hipertensão ainda não apresenta um quadro claro, completo e bem delimitado.

Em uma suposição causal cuidadosa a causa é alguma coisa mutável, consumida, integrada e transferida ao efeito no processo de causação e parece razoável que ambos os fatores, "stress" e "excesso de sal e água",possam ser relacionados como tal. Ainda mais, modelos fisio-patológicos foram desenvolvidos por Henry e Cassel (1969). e por Freis (1976) são apresentados esquematicamente.

A) Henry e Cassel



B) Freis



As citações dos autores mencionados acima também demonstram como se opõe suas visões, embora tenham se baseado muitas vezes em idênticos trabalhos publicados.

De acordo com Henry e Cassel (1969), "Trabalhos experimentais recentes em homens e animais sobre o papel dos fatores psicosociais como determinantes da doença aumentam a atratividade da visão de que as reações de alarme-defesa seriam a ligação neuro-humoral interveniente entre necessidades sociais insatisfei

tas e o desenvolvimento de pressão arterial elevada. ... Há evidências que pela ação repetida ao longo dos anos, essa reação de defesa leva a elevação crônica da pressão arterial sistólica dos membros de um grupo social perturbado".

Experiências em animais e inquéritos epidemiológicos em populações humanas são citadas como sugestivas de que raça, hereditariedade, sal e consumo de gorduras tem um papel subsidiário. Para estes autores, o aumento da pressão arterial ao longo da vida dos indivíduos está ligada à história social do grupo a que pertencem, sendo que o parâmetro principal não está relacionado a presença ou ausência de elevado estágio tecnológico, mas sim à transformações da estrutura social durante a vida dos indivíduos.

Entretanto, Freis assinala que: "A evidência do papel do sal no desenvolvimento da hipertensão é reconhecidamente circunstancial. Obviamente que muitos fatores sociais, econômicos e alimentares se modificam com a aculturação. Todavia as evidências afastam o modo de vida, o acúmulo populacional e a melhoria geral de saúde como fatores importantes ... Das várias mudanças induzidas pela aculturação a de mais alto grau de importância parece ser o incremento da ingesta diária de sal... A homeostase do líquido extracelular é mantida pelo balanço entre ingesta de sal e água e sua eliminação na urina. A última depende, em parte, do nível de pressão arterial e esta relação sofre influências individuais dependendo da capacidade funcional intrínseca dos rins em eliminar excessos de sal e água".

Os modelos de Henry e Cassel, e, de Freis são excludentes entre si, aparentemente, porém é necessário esclarecer as possíveis relações existentes entre "stress" e aumento da ingesta de sal e água, que poderiam colocar este último fator como interveniente ou contribuinte para o desenvolvimento da hipertensão, enquanto que os fatores "stressantes" funcionariam como causa básica, quer através dos estímulos neuro-humorais sobre os níveis de pressão sanguínea, quer através da mediação do aumento do consumo de sal e água. Assim, as hipóteses dos autores citados, as mais relevantes apresentadas sobre a causação da hipertensão essencial, além de terem boa fundamentação fisio-patológica, poderiam ser concorrentes na determinação da doença. Contudo os testemunhos empírico-epidemiológicos são controversos. Vários pesquisadores in-

clularam a variável ingesta de sal na análise de estudos de caráter naturalístico em populações primitivas com graus diversos de aculturação (Prior, Lowenstein, Page, Oliver, Dahl, Miall, Schneckloth, etc.). Porém, além de apresentarem resultados discordantes entre si(alguns apoiam e outros negam a importância do fator sal) estes estudos se ressentem de algumas falhas como inferências pouco confiáveis em relação ao consumo de sal, insuficiência de padronização de técnicas (o que torna sua comparabilidade escassa) e pequeno número de unidades amostrais examinadas.

Na realidade, geralmente, esses estudos mostram associação entre consumo de sal (excesso de água não são estudadas do ponto de vista epidemiológico) e hipertenção ou entre fatores psico-sociais e hipertensão apenas em nível de grupo. Isto é, os indicadores não são suficientemente sensíveis para determinar pequenos gradientes dos fatores causais dentro dos grupos ou os grupos estão superpareados em relação aos fatores de tal forma que as diferenças entre sujeitos só pode ser explicada por fatores "intrínsecos" ou "contribuintes". Como resultado disso, algumas análises, como a de Tobian, consideram o elevado consumo de sal por um longo período de tempo, um "acelerador" do incremento dos níveis pressórios através da deteriorização renal, componente indispensável para o estado de hipertensão, segundo ele, que por sua vez já estaria predeterminada por fatores hereditários, diferenciando-se assim os indivíduos de um grupo dado.

Essa discussão traz a tona um problema epidemiológico importante, o vínculo entre o coletivo e o individual. Falácias ecológicas resultam na impossibilidade de transposição de observa - ções ao nível coletivo para individual. Assim para um exame da associação entre excessos de sal/água e stress e hipertensão a nível individual torna-se fundamental partir do refinamento dos

Indicadores das variáveis dependentes e independentes.

4. DESCRIÇÃO GERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O Estado do Rio Grande está localizado no extremo sul do país e cobre uma área de 282 184 Km^2 (representando 3,32% do território brasileiro).

Três áreas topográficas podem ser discriminadas no estado: a região norte, o planalto, de solo formado por basalto de lava vulcânica, com alturas que alcançam 1000 metros; a região costeira (leste) em que se encontram os maiores lagos (salgados) do Brasil; e, a região sul que cobre a área mais extensa de campanha e coxilhas, estendendo-se para o oeste. O vale do Jacuí (Depressão Central) está situado entre as três regiões se constituindo na rota natural para o oeste e centro do estado. O clima predominante é sub-tropical, com grandes áreas de geadas e algumas com precipitação de neve (Caxias do Sul, Vacaria).

A economia do estado é baseada na agricultura que se utiliza, principalmente de métodos modernos como fertizantes, irrigação, máquinas agrícolas e rotação de culturas. O estado é uma das principais áreas de fornecimento de produtos agrícolas para o país e para o exterior. Entre suas culturas principais destacam-se as seguintes: laranja, banana, soja, mandioca, milho, arroz, trigo, cana-de-açúcar, batata, uva, feijão, cebola, fumo, tomate, e amendoim. Em relação a pecuária possui o maior rebanho ovino do país e também numerosos rebanhos bovinos e suíno. 841

Durante os últimos anos o estado vem se industrializando em larga escala, principalmente a região metropolitana de Porto Alegre que atualmente ocupa a terceira posição no país em participação de mão-de-obra na indústria. Essa integração ao processo nacional de industrialização se fez em grande parte graças a abundância de materiais básicos de origem agrícola. As principais industrias, em ordem de importância são as seguintes: alimentares, químicas, de bebidas, metalúrgicas, de vestuário, calçados e artefatos de tecidos, mecânicas, de couro, peles e produtos similares (calçados), de madeiras, de materiais de transporte, texteis, de materiais elétricos e comunicações, e, de fumo. Um importante fator de desenvolvimento industrial foi a afluência ao estado (principalmente no século XIX) de imigrantes europeus cuja habilidade artesanal e perspicácia nos negócios lhes permitiram ti -

rar amplas vantagens dos recursos naturais, que existiam em relativa abundância, porém o impulso maior dos últimos anos se deve aos investimentos estrangeiros e estatais.

A população do estado em 1975 era estimada em 7 457 588 habitantes resultando numa densidade demográfica de 26,43 habitantes por quilômetro quadrado. Dessa população aproximadamente, 57% vive nas cidades (estimativa para 1975), sendo que o número médio de pessoas por casa é de 4,55. (ver tabela 5)

A composição etária da população do estado e da capital podem ser vistas na tabela 6. A renda per capita em 1969 era de 1368,90 dólares; e os índices de ocupação por setor econômico eram os seguintes (1970): Primário - 46,04%; Secundário - 16,66%, e, Terciário - 37,28%, com uma taxa de desemprego de 11,3% (1973). Os serviços de saúde no estado mostra uma característica singular no país: todos os 232 municípios (33 com mais de 50 000 habitantes) possuem médicos e todos são servidos por centros de saúde ligados a rede estadual ou municipal. A distribuição das unidades de saúde do estado pode ser vista na tabela 4. Em 1974, o estado possuia 396 hospitais com 32 416 leitos (1 leito para 225 habitantes) e 4 782 médicos em atividade nestes hospitais (1 médico para 1 525 habitantes).

A afluência de imigrantes europeus ao estado já cessou, de tal maneira que, segundo o censo de 1970, aproximadamente 1% da população é nascida no estrangeiro. Os principais grupos de imigrantes provem da Argentina, Alemanha, Itália, Japão, Polônia, Portugal, Russia e Uruguai, porém, não se encontram distribuidos uniformemente no estado, mas preferentemente concentrados em áreas determinadas, em que desenvolveram características especiais de produção e folclore, adaptando-se à cultura local mais antiga dos nativos de origem indígena e dos africanos e primeiros colonizadores (portugueses e espanhóis) [illegible].

5. OBJETIVOS

5.1. GERAIS

A) Contribuir para a compreensão da história natural da hipertensão no Rio Grande do Sul.

B) Fornecer elementos para o planejamento de atividades de saúde relacionadas à hipertensão no Rio Grande do Sul.

5.2. ESPECÍFICOS

A) Determinar a prevalência da hipertensão e a distribuição da pressão arterial, em adultos, no Rio Grande do Sul.

B) Examinar a associação entre "stress" e "excessos de sal/água" e hipertensão.

C) Examinar a associação entre características sociais, econômicas, familiares e culturais dos indivíduos e "stress", "excessos de sal/água" e pressão arterial.

6. MÉTODOS

6.1. AMOSTRAGEM:

O estudo seccional para determinar a distribuição da pressão arterial, entre adultos, no Rio Grande do Sul se baseará numa técnica de amostragem em estágios múltiplos. O primeiro estágio será composto pelos municípios (total de 232 unidades) com probabilidades proporcionais ao tamanho da população adulta. O segundo será referente às moradias em áreas urbanas e às propriedades de terra do meio rural. As unidades amostrais finais serão os adultos que vivem em moradias urbanas ou em propriedades rurais.

Um método alternativo seria o de estratificar as unidades do primeiro estágio de acordo com algumas características de interesse como por exemplo a mortalidade por doenças hipertensivas, os grupos predominantes de imigra

ção, o volume de recolhimento de impostos ou as regiões homogêneas segundo a produção e marcos geográficos de referência.

6.2. QUESTIONÁRIO

Os itens seguintes deverão ser considerados no questionário que será preenchido pelos pesquisadores em entrevistas pessoais. Alguns dos itens somente serão utilizados em sub-amostras.

Identificação

Nome e endereço, lugar de nascimento, tempo de residência, residências anteriores, estado marital.

Características Biológicas

Idade, sexo, grupo étnico, biótipo.

Características Sociais e Econômicas

Ocupação (tempo) - Ocupações anteriores (tempo)
Setor de atividade econômica - produto e final do processo.
Propriedade de moradia
Propriedade dos meios de produção
Instrumentos empregados no trabalho - natureza principal do trabalho
Renda (individual, familiar)
Sistema de atenção médica

Perfil Psicológico

Questionário especial

Características culturais e de comportamento

Nível de instrução
Esportes
Tabagismo
Álcool
Churrasco

Chimarrão
Sal
Outros hábitos
História da imigração

Características familiares e ecológicas

Ocupação dos pais (ou última ocupação)
Propriedades dos pais
País de origem dos pais e demais antepassados
Número de filhos
Número de pessoas que habitam a mesma moradia
Localização da moradia
Saneamento - higiene
Área construída (metros quadrados)

Outras características sociais e ecológicas serão inferidas pelas características da área: produtos principais, proporção de grupos migrantes, temperatura média, aspectos geográficos, tamanho médio das propriedades, etc.

História Clínica

Questionário especial

6.3. MEDIÇÕES

As seguintes medições serão consideradas e padronizadas:

Altura
Peso
Dobra cutânea
Pressão arterial
Pulso
Consumo e ingesta de sal
Ingesta de água e chimarrão
Concentração de sódio, potássio e creatinina na urina de amostras
Sódio, potássio e creatinina em amostras de urina de 24 horas
Eletrocardiografia

Temperatura e pressão atmosférica no momento da coleta
Avaliação de perdas de eletrólitos pela transpiração
Fundo de olho.

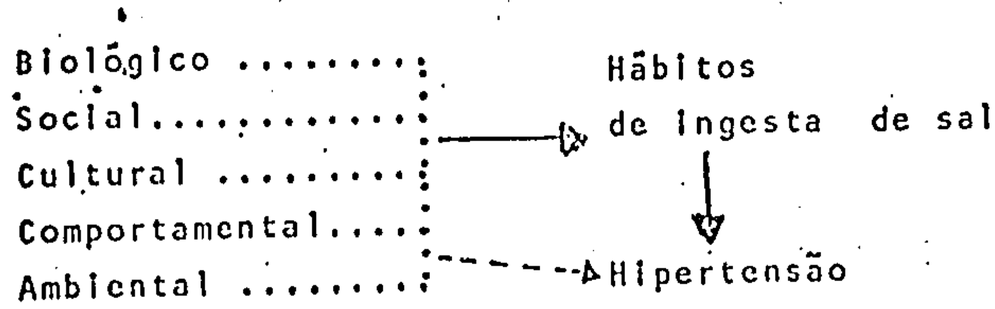
6.4. ÍNDICES

Alguns índices especiais serão desenvolvidos, tais como: tipologia social, tipologia ecológica, quetelet , razão sal/água e probabilidade de "stress".

7. ESTRATÉGIA

Para a primeira fase da pesquisa, o estudo da distribuição da pressão arterial, será necessário apenas um questionário reduzido e amostras de urina.

Baseado nos dados fornecidos por este estudo a segunda fase da pesquisa irá procurar diferenciais sensíveis na pressão arterial relacionados as várias características da população através da reunião de informação sobre as variáveis explanatórias promissoras, e pelo refinamento das duas variáveis consideradas dependentes: pressão arterial e ingesta de sal.



O mesmo tipo de modelo pode ser utilizado para o stress (e também álcool) e pressão sistólica.

A estratégia para análise dos dados na segunda fase pode ser feita por regressão múltipla numa amostra naturalística (sub-amostra da primeira fase de estudo) ou melhor num estado mais eficiente pela análise de variância de blocos randomizados por meio de estratificação.

08. CRONOGRAMA

outubro de 77 - idéias preliminares

novembro de 77/fevereiro de 78 - desenho da primeira fase (estudo de prevalência e distribuição); submissão à crítica e ao financiamento;

março/maio de 78 - seleção e treinamento do pessoal de campo; trabalho de campo.

junho/julho de 78 - Exame dos questionários, correção de erros e codificação;

agosto/setembro de 78 - Computação de tabelas básicas;

outubro de 78/março de 79 - Análise e publicação dos resultados.