

281/CT

FINEP

90UT78 012585

PROTOCOLO

CONVÊNIO 281/CT - FINEP/FIOCRUZ

PROGRAMA DE ESTUDOS E PESQUISAS POPULACIONAIS E
EPIDEMIOLÓGICAS - P E P P E

2º Relatório parcial das atividades realizadas no
período janeiro - julho de 1978

Rio de Janeiro, agosto de 1978

281/ct

v.27

217

FINEP

90UT.78 012585

PROTOCOLO

C O N T E Ú D O

INTRODUÇÃO

APOIO ADMINISTRATIVO E TÉCNICO

NÚCLEO CIENTÍFICO CENTRAL

- Anexo I - Atividades do Projeto "Organização social da assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil"
- Anexo II - Atividades do Projeto "Localização de serviços de saúde em áreas urbanas"
- Anexo III - Atividades do Projeto "Mortalidade por tipos de câncer no município do Rio de Janeiro no período 1955 - 1975"
- Anexo IV - Atividades do Projeto "Hipertensão arterial: uma perspectiva sócio-ecológica"
- Anexo V - Atividades da Consultora Sra. Sarah H. Costa
- Anexo VI - Atividades do Consultor Dr. Jaime de A. Oliveira

ÁREA DE APOIO AO ENSINO NA ENSP

ÁREA DE ESTUDOS PRIORITÁRIOS

ÁREA DE ESTUDOS CONJUNTURAIS

INTRODUÇÃO

O primeiro relatório do PEPPE compreendeu as atividades desenvolvidas durante seu primeiro ano de funcionamento, iniciado em 01.03.77, data de aprovação oficial da FINEP aos projetos de capacitação da infraestrutura (00) e criação do Núcleo Científico Central (01), sem os quais não era possível contar com os recursos humanos e materiais necessários à implantação do Programa.

Esse primeiro relatório foi encerrado no mes de março de 1978 com o encaminhamento à FINEP da proposta de criação do CEPAS, nova modalidade de organização que serviria de base para a institucionalização dos planos de trabalho do PEPPE por parte da FIOCRUZ.

Este segundo relatório, tem por objetivo dar uma visão global das realizações no período janeiro-junho de 1978, as quais não estiveram isentas das dificuldades detalhadamente expostas anteriormente. De fato, no plano das investigações propostas para o período, avanços significativos se deram nas duas pesquisas aprovadas em fins de 1977 enquanto que o resto do programa de trabalho viu-se afetado em razão do processo de aprovação do CEPAS e da operacionalização de projetos em andamento, principalmente aqueles da Área de Estudos Conjunturais e de Apoio a Teses de Mestrado na ENSP.

Com respeito ao segundo semestre do presente ano, impera a confiança de que a implantação do CEPAS trará repercussões positivas uma vez que a idéia de desenvolver áreas e não projetos específicos, permitirá uma maior flexibilidade de atuação e, também, de administração dos recursos.

Quanto ao terceiro relatório e subsequentes, adotar-se-á uma forma de apresentação acorde com a estrutura do CEPAS.



APOIO ADMINISTRATIVO E TÉCNICO

PROJETO PEPPE 00 - Capacitação da Infraestrutura, Coordenação e Apoio Administrativo e Tecnológico do Programa PEPPE

OBJETIVO: Operacionalizar o Programa PEPPE

- METAS:
1. Físicas: Cobertura de despesas com a infraestrutura física para o funcionamento do Programa.
 2. De apoio: Organização e manutenção da estrutura de apoio administrativo e técnico ao Programa.

A. ATIVIDADES NA ÁREA DE APOIO ADMINISTRATIVO

Dentre outros, os principais eventos que marcaram as atividades do Projeto durante o primeiro semestre de 1978 foram:

- a) Encerramento do Programa PESES em 30.03.78;
- b) Designação do Dr. Luiz Clemente Mariani Bittencourt como novo Coordenador do PEPPE em 01.04.78;
- c) Designação do Dr. Edmilson F. dos Reis Duarte, Assessor Chefe da Assessoria Técnica da Presidência da FIOCRUZ, como delegado ante FINEP;
- d) Prorrogação do Convênio até 31.08.79

Estes fatos são importantes na medida que deram lugar a um processo de avaliação que incluiu o diagnóstico geral da estrutura, funcionamento e finanças do PEPPE e o estudo de sua capacidade operativa e financeira para absorver os novos projetos e atividades que estaria em vias de assumir.

Com efeito, a partir do mes de março se deu início a uma série de reuniões que tiveram como resultado a decisão de tomar algumas medidas tendentes a racionalizar administrativa e tecnicamente o Programa, as quais já se faziam sentir como impostergáveis.

Tais medidas podem-se resumir às seguintes:

1. Designação de Agente de Administração

Devido a que o novo plano de cargos e salários da FIOCRUZ, vigente desde 01.01.78, considerava extinto o cargo de Gerente preenchido pelo Sr. Ernesto Monteiro Brito Neto, foi decidida

a nomeação de um Agente de Administração subordinado ao Superintendente de Administração Geral para que exercesse junto ao Coordenador do PEPPE as funções administrativas do Programa e preparasse a infraestrutura mais adequada à futura implantação do CEPAS.

Para tal efeito, a FIOCRUZ designou o Sr. Rubem Salgado Ribeiro, Agente de Administração com larga experiência na instituição, para executar as tarefas específicas; colaborar junto à Coordenação e auxiliar no treinamento de um profissional do PEPPE, a Srta. Maria Elide Bortoletto, para as novas tarefas que viria desempenhar como Agente.

Esta etapa de transição já foi cumprida, estando em processamento a designação da Presidência para a referida profissional assumir formalmente o cargo.

2. Reprogramação financeira dos projetos do PEPPE

No 1º Relatório Parcial do PEPPE se destacava já a necessidade de dedicar tempo e esforços à análise da administração financeira do Programa. Com tal objetivo, constituiu-se um grupo de trabalho liderado pelo Coordenador que durante três meses fez um exaustivo estudo do sistema financeiro, abrangendo os orçamentos dos projetos por fonte de financiamento e sua execução. Como resultado, obteve-se o seguinte:

a) Compatibilização dos orçamentos e prestações de contas feitos segundo o plano antigo da FINEP com o novo Manual Financeiro dessa instituição.

b) Compatibilização dos mesmos com o plano de contas da FIOCRUZ/União.

c) Reprogramação e remanejamento financeiro de todos os projetos, consoante com a extensão do prazo de execução solicitado à FINEP.

d) Atualização dos Cronogramas de Desembolso de acordo com as liberações já efetuadas e as prorrogações solicitadas.

e) Remanejamento dos recursos da contrapartida da FIOCRUZ (Tesouro).

f) Remanejamento do orçamento de recursos de outras fontes da FIOCRUZ (global para o Programa), para compatibilizá-lo com o total dos orçamentos dos projetos.

g) Atualização do sistema de controle contábil interno por projeto no PEPPE.

h) Encaminhamento à FINEP de uma série de expedientes e demonstrativos visando aceitação das medidas propostas, as quais foram prontamente aprovadas.

Em termos gerais, e considerando o volume de trabalho que significou praticamente "refazer" 36 orçamentos, se pode dizer que uma importante fase foi cumprida em benefício de uma melhor administração do Programa e a adequada organização para a implantação e desenvolvimento do futuro CEPAS.

B. ATIVIDADES NA ÁREA DE APOIO TÉCNICO

Dentro da área de apoio técnico, foi dado um passo de grande significado para o desenvolvimento das pesquisas, para o intercâmbio de informação e para a divulgação de documentação científica, fundamentalmente relacionada com o Projeto Bibliográfico do PESES (08) encerrado em março de 1978.

O Projeto 00 já previa a manutenção do núcleo de documentação originado com o Projeto 08 do PESES mas, precisava-se redefinir-lo nos termos das linhas de ação do PEPPE e da futura constituição do CEPAS. Assim sendo, o Núcleo Central do PEPPE - do qual é membro o Diretor da ENSP - decidiu designar uma comissão com a tarefa de traçar um programa de trabalho nas áreas de documentação e divulgação. Devido ao grande interesse que a proposta promoveu tanto nos pesquisadores do Programa quanto no âmbito da ENSP, foi possível contar em curto tempo com um documento que preliminarmente define as atividades e raio de ação nessas áreas.

Tal documento, sob o título provisório de "Ante-Projeto de Constituição (ou Reformulação) do Setor de Documentação e Divulgação", encontra-se atualmente em fase de revisão final. Em termos gerais, visa definir a estrutura e objetivos do setor a partir de duas áreas de atuação:

A. Divulgação

A finalidade desta área é concretizar, em conjunto com a ENSP, a publicação de um periódico semestral contendo prioritariamente a produção técnica do PEPPE (CEPAS) e da ENSP e a reprodução de textos externos de reconhecido interesse. Por outro lado, editar-se-ia um informativo mensal que basicamente informe sobre as atividades do PEPPE (CEPAS), da ENSP e de outras instituições com interesses correlatos.

Tais propósitos seriam implementados através das seguintes publicações:

1. Caderno de Saúde Pública

Além de se propor a difusão da informação e o conhecimento científico e técnico produzido, visa estimular a produção intelectual no interior do PEPPE (CEPAS) e da ENSP a partir das atividades que concretamente já se vem realizando ou se pretende realizar. Ao mesmo tempo, se institui assim um veículo de colaboração eficaz com organismos especializados de estudo, de administração oficial de saúde, grupos profissionais e outros.

Este Caderno terá sua edição assegurada por uma Comissão de Publicação constituída por um Conselho Editorial, um Coordenador Executivo e um Redator. Pretende-se publicá-lo semestralmente com uma tiragem de 500 exemplares.

2. Boletim de Informação e Divulgação

No contexto das propostas para a reformulação do setor de documentação e divulgação do PEPPE (CEPAS) e sua integração com a ENSP, este Boletim se propõe a circulação de um periódico mensal que informe sistematizadamente (no máximo 5 páginas) sobre as atividades, produção e experiências provenientes do PEPPE (CEPAS) e da ENSP (Diretoria, Centro Comunitário e Departamentos).

Igualmente procura a promoção da divulgação dos itens precedentes junto aos Cursos Básicos Regionalizados da ENSP e às instituições que atuam na mesma área de interesse.

O Boletim seria coordenado e produzido por um grupo de tres pessoas encarregado de coletar e organizar o material a ser

publicado, em colaboração com responsáveis nas respectivas áreas de atuação do PEPPE (CEPAS) e da ENSP, os quais manterão permanente e direto contato com a coordenação do Boletim para fornecimento de notícias e material a ser divulgado.

Além das atividades mencionadas, a Área de Divulgação já tem a seu cargo a máquina XEROX (alugada inicialmente pelo PESES) para reproduzir todos os documentos julgados de interesse e de difícil aquisição.

Finalmente, vale a pena destacar que o PEPPE deu continuidade de aos objetivos originais do Projeto Bibliográfico nesta área, mediante a realização das tarefas de impressão e encadernação de 14 textos que tinham sido selecionados pelo Comitê Editorial do PESES para distribuição entre instituições e membros da comunidade científica e acadêmica do país previamente definidos. Neste sentido, já foram impressos 7 textos dos quais enviados os números 1 e 2 com uma tiragem de 300 exemplares.

B. Documentação

Esta Área foi bastante desenvolvida a partir do Projeto Bibliográfico do PESES. Foi possível organizá-la e dotá-la de recursos humanos e materiais adequados à manutenção de um valioso acervo de livros, textos, etc. extremamente útil à execução das pesquisas do PESES e projetos do PEPPE assim como para o estudo e consulta sobre temas relativos a ciências sociais, saúde, epidemiologia e outros.

Neste sentido, destaca-se o cuidadoso registro que é mantido em relação às operações que diariamente são efetuadas e que demonstram quantitativamente as numerosas atividades realizadas no período, segundo se depreende do quadro estatístico anexo.

No futuro, o setor de documentação manterá funções semelhantes às que vinha desempenhando através de seus serviços meios e fins, isto é, o acesso de crescente número de usuários às informações do seu interesse, garantindo ao mesmo tempo a cobertura exhaustiva da literatura especializada por meio da organização, controle e divulgação de obras e pesquisas bibliográficas adquiridas pelo PESES, PEPPE e futuramente pelo CEPAS.

NÚCLEO DE APOIO EM DOCUMENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO

- Dados estatísticos do I Semestre - 1978

1. Inscrição do leitor		7. Registro	
1.1 Inscrições novas	<u>16</u>	7.1 Livros	<u>261</u>
1.2 Inscrições renovadas	<u>39</u>	7.2 Periódicos	
1.3 Leitores eliminados	<u>26</u>	7.2.1 Fascículos	<u>805</u>
2. Frequência de leitores		7.2.2 Volumes	<u>49</u>
2.1 Média diária	<u>30</u>	7.3 Outros	<u>184</u>
3. Empréstimo (Média diária)		8. Processamento Técnico	
3.1 Local	<u>40</u>	8.1 Catalogação	
3.2 Domiciliar	<u>30</u>	8.1.1 Livros	<u>220</u>
3.3 Reservas	<u>5</u>	8.1.2 Outros	<u>184</u>
3.4 Empréstimo-entre-bibliotecas		8.2 Classificação	
3.4.1 Publicações solicitadas	<u>136</u>	8.2.1 Livros	<u>220</u>
3.4.2 Publicações fornecidas	<u>-</u>	8.2.2 Outros	<u>184</u>
4. Referência		9. Preparação para empréstimo	
4.1 Orientação ao leitor	<u>100</u>	9.1 Livros	<u>261</u>
4.2 Pesquisas bibliográficas	<u>74</u>	9.2 Periódicos	<u>805</u>
4.3 Bibliografias	<u>74</u>	9.3 Outros	<u>184</u>
4.4 Exposições, murais, etc.	<u>24</u>	10. Reprografia	
SERVIÇOS TÉCNICOS		10.1 Cópias Xerox	<u>140.000</u>
5. Aquisição		10.2 Transparências	<u>250</u>
5.1 Livros		10.3 Encadernação	<u>250</u>
5.1.1 Compra	<u>75</u>	10.4 Fichas datilografadas	
5.1.2 Permuta	<u>-</u>	10.4.1 Ficha Principal	<u>404</u>
5.1.3 Doação	<u>73</u>	10.4.2 Fichas secundárias	<u>767</u>
5.2 Periódicos		10.4.3 Fichas Kardex	<u>30</u>
5.2.1 Por títulos		10.5 Outros	<u>-</u>
5.2.1.1 Compra	<u>10</u>	11. Serviços Administrativos	
5.2.1.2 Permuta	<u>-</u>	11.1 Cartas	<u>48</u>
5.2.1.3 Doação	<u>6</u>	11.2 Outros	<u>4</u>
5.2.2 Por fascículos		12. Divulgação	
5.2.2.1 Compra	<u>805</u>	12.1 Boletim Bibliográfico	<u>300</u>
5.2.2.2 Permuta	<u>-</u>	12.2 Boletim ENSP/PEPPE	<u>500</u>
5.2.2.3 Doação	<u>40</u>	12.3 Textos de Apoio	<u>2.100</u>
5.3 Separatas			
5.3.1 IBICT	<u>22</u>		
5.3.2 BIREME	<u>9</u>		
6. Encadernação			
6.1 Livros	<u>50</u>		
6.2 Periódicos	<u>500</u>		
6.3 Outros	<u>2.100</u>		

7.

Tais funções, hoje aprimoradas como produto da experiência e das exigências da prática, podem-se resumir como segue:

1. Reunião e organização dos recursos bibliográficos adquiridos pelo PEPPE (CEPAS) e dos quais é depositário;

2. Recuperação de informação através de sistemas e métodos próprios de uma biblioteca: catalogação, indexação, classificação e arquivo de livros, teses, separatas, artigos, etc., e similares aos empregados nas Bibliotecas da FIOCRUZ e da ENSP;

3. Seleção e aquisição do material bibliográfico a partir das demandas dos coordenadores de projetos, os quais tem a prerrogativa de indicar o material de interesse para sua pesquisa e/ou do PEPPE/CEPAS. A aquisição é planejada levando em consideração o acervo existentes nas Bibliotecas da FIOCRUZ, a fim de decidir o processo que procede: compra, doação ou permuta;

4. Pesquisa bibliográfica de apoio aos projetos: o objetivo desde serviço é manter o pesquisador à par do que vem sendo publicado no seu setor, oferecendo-lhe desta forma um importante subsídio na realização dos trabalhos.

5. Intercâmbio inter-bibliotecário que permite ampliar as possibilidades de utilização dos recursos bibliográficos mediante empréstimos e troca de informações;

6. Apoio na feitura de textos para publicação, bibliografias, teses, etc., de acordo com as Normas Técnicas Brasileiras.

7. Elaboração e publicação periódica de um Boletim Bibliográfico de divulgação do acervo e das novas aquisições do setor.

A Área de Documentação está a cargo de um Bibliotecário, que terá sob direção um estagiário e pessoal auxiliar, salientando que atualmente só falta preencher a vaga proposta para o estagiário.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

NUCLEO CIENTÍFICO CENTRAL

PROJETO PEPPE 01 - Núcleo Científico Central

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

1. Atividades de Pesquisa

Durante o primeiro semestre de 1978, o Núcleo Central completou as tarefas básicas que iriam significar, por um lado, o término da elaboração de todos os projetos de pesquisa previstos no seu plano de trabalho e, por outro, a formulação de uma proposta que viesse concretizar a idéia - já explicitada no Convênio - de criar um Centro de Estudos que desse continuidade ao PEPPE no futuro.

De acordo com esses objetivos, foram encaminhadas a FINEP duas propostas importantes: a primeira, relativa à criação do CEPAS e a segunda, referente à realização de seis projetos, sendo cinco de pesquisa e um de ensino. Tais atividades foram detalhadamente expostas no I Relatório do PEPPE ao qual também foram anexados os documentos elaborados.

Paralelamente ao envio dos projetos a FINEP, o Núcleo Central decidiu apoiar o início das pesquisas cujos coordenadores, pelo fato de serem membros do Núcleo Central, estavam em condições de assumir as investigações preliminares sem recorrer ao financiamento específico previsto em cada projeto para os trabalhos de campo.

Assim foi como o Núcleo Central mobilizou recursos humanos e financeiros para tais empreendimentos, destacando a especial atenção dada ao projeto sobre Hipertensão Arterial cuja iniciação nos começos do ano foi possível através de convênio assinado entre a FIOCRUZ e a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul.

Os respectivos relatórios se incluem em anexo segundo a seguinte relação:

Anexo I - "Organização Social da assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil".

Anexo II - "Localização de serviços de saúde em áreas urbanas"

Anexo III - "Mortalidade por tipos de câncer no Rio de Janeiro"

Anexo IV - "Hipertensão arterial: uma perspectiva sócio-ecológica"

2. Atividades da assessoria científica ao Núcleo Central

Com o objetivo de empreender estudos tendentes à integração do PEPPE com o futuro CEPAS e com a ENSP, foram contratados dois consultores que, além de realizarem suas atividades específicas, colaboraram estreitamente nas discussões promovidas pelo Núcleo Central com relação a suas diversas áreas de atuação.

Com efeito, a Sra. Sarah Hawker Costa, demógrafa, desenvolveu atividades relacionadas com sua especialidade junto ao Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da ENSP na preparação de programas de ensino e na orientação de teses de mestrado relacionadas com esta matéria e financiadas através do PEPPE (Projeto 14.1). Igualmente, a Sra. Sarah H. Costa começou a elaborar um ante-projeto de pesquisa sobre mortalidade peri-natal e fetal a ser futuramente realizado dentro da área de saúde materno-infantil do CEPAS, e cujo esboço se inclui no relatório de suas atividades para o período.

O Dr. Jaime de Araújo Oliveira, especialista em medicina social e ex-pesquisador do Projeto 06 do PESES, "O trabalho em saúde", foi contratado para analisar os resultados do mencionado projeto; para formular um programa de trabalho das atividades da futura área de organização da assistência médico-sanitária do CEPAS e, também, para formar o grupo de pesquisadores que trabalharão nessa área.

Os relatórios de ambos consultores estão contidos nos Anexos V e VI.

3. Atividades de acompanhamento de projetos em andamento

Das pesquisas propostas para serem realizadas pelo PEPPE, somente foram aprovadas até este momento aquelas enviadas em março de 1977 e aprovadas em novembro desse mesmo ano. Dispondo dos recursos necessários a sua execução, foi possível empreender portanto, as atividades dos projetos 21.1 - "Estudos clínico-epidemiológicos sobre Doença de Chagas" e 21.2 - "Importância de vertebrados não humanos na epidemiologia da esquistossomose mansônica".

Durante o período deste relatório coube ao Núcleo Central acompanhar tecnicamente tais projetos. Desta preocupação surgiu a necessidade de promover a divulgação e o conhecimento no âmbito da ENSP e do próprio PEPPE a respeito dos objetivos e alcance das pesquisas. Para tais propósitos, instaurou-se um programa de exposições semanais que, a partir dos projetos em andamento, continuará sendo realizado com a exposição e debate de todos os projetos do PEPPE. As reuniões contam com a participação de pesquisadores, professores e alunos da ENSP e com os integrantes do corpo científico do PEPPE, além da presença de especialistas de outros centros acadêmicos cuja contribuição será de indubitável relevância para a valiação das investigações.

No capítulo correspondente à Área de Estudos Prioritários se incluem os relatórios dos dois projetos acima mencionados.

4. Atividades de apoio ao ensino na ENSP

As realizações do Núcleo Central neste campo estão restritas no período deste relatório aos seguintes itens:

a) elaboração e envio a FINEP do Projeto PEPPE 11.3 - "Curso Avançado de Epidemiologia e Planejamento";

b) análise e seleção dos projetos de tese dos alunos inscritos no Mestrado em Saúde Pública que solicitaram apoio financeiro do PEPPE, nos termos provados pela FINEP através do Projeto 14.1;

c) colaboração com a Presidência da FIOCRUZ e com a Diretoria da ENSP na preparação de edital convocando o concurso de

4.

pesquisadores associados, assistentes e auxiliares para se integrarem ao futuro CEPAS. Essa colaboração estendeu-se à formação de bancas examinadoras e à participação no processo de seleção mediante a preparação de provas e entrevistas aos candidatos;

d) participação nos cursos da ENSP, ministrando aulas relativas à especialidade de cada profissional integrante do PEPPE.

Maiores detalhes sobre estas atividades são entregues no relatório da Área de Ensino do Programa.

5. Outras atividades de acompanhamento

a) Estudos de Conjuntura Sanitária - PUC/RJ

Em novembro de 1977 o PESES submeteu a FINEP proposta para financiar, com recursos do seu Núcleo Central, três projetos de pesquisa que seriam realizados pelo Departamento de Sociologia e Política da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Face ao encerramento do PESES em março de 1978, a FIOCRUZ encaminhou uma proposição à FINEP no sentido de que essa financiadora contratasse diretamente com a PUC a realização de tais projetos, oferecendo-se por sua vez, para acompanhá-los e avaliá-los tecnicamente através do PEPPE. Foi no mês de agosto deste ano que a FINEP comunicou à FIOCRUZ a inviabilidade da mencionada proposta. Com esta informação, o PEPPE, através de sua área de planejamento, procedeu a preparar uma minuta de Convênio entre a FIOCRUZ e a PUC, a qual foi aprovada e encaminhada à apreciação do Reitor. Este Convênio, já com a assinatura do Reitor, encontra-se atualmente na Assessoria Técnica da Presidência da FIOCRUZ para processar a liberação da primeira parcela dos recursos retidos com tal objetivo.

b) Área de Estudos Conjunturais do PEPPE

As informações referentes às atividades desenvolvidas pelo Núcleo Central a respeito da operacionalização dos projetos desta Área estão relatados no capítulo correspondente.

5.

6. Comentários finais

A execução dos projetos do PEPPE, em geral sofreu demoras inusitadas na fase prévia de tramitação afetando, obviamente, a realização das pesquisas. Este fato demonstra mais uma vez que os novos mecanismos institucionais a serem adotados para viabilizar o Convênio 281/CT, com a criação do CEPAS tornar-se-ão mais adequados para acompanhar o dinamismo inerente à realização de projetos de curto prazo que devem cumprir um programa de trabalho e um cronograma coerentes com seus objetivos iniciais.

Anexo I

Relatório preliminar de atividades do Projeto "Organização Social da assistência médica dirigida ao grupo materno-infantil"

Equipe: Marília Bernardes Marques (Coordenadora)
Letícia Krauss Moreira de Souza (Pesquisadora Assistente)
Sherrine Njaine Borges (colaboradora)
Eliana Taddei (colaboradora)

Introdução

Uma vez que o Projeto ainda não fora aprovado pela Financiadora de Estudos e Projetos e que, na realidade, apenas nós estávamos contratadas pelo núcleo central do PEPPE para trabalhar em materno-infantil, fomos obrigadas a limitar nosso trabalho basicamente à sua fase inicial, de revisão bibliográfica, durante o período de janeiro a junho do corrente ano.

A pesquisa bibliográfica esteve sob a orientação da coordenadora do Projeto, Dr^a Marília Bernardes Marques. Visou-se com ela cobrir alguns dos claros existentes na literatura corrente sobre a história da organização da assistência médica à população materno-infantil em nosso país, o exame de documentos e trabalhos sobre planejamento econômico e social no Brasil - e em especial sobre planejamento da atenção médica ao grupo populacional em estudo - acompanhado da leitura de obras sobre a história do Brasil contemporâneo. Fizemos ainda o estudo de textos mais gerais de interesse metodológico. Partíamos portanto da primeira hipótese do projeto, ou seja, a de que o objeto da atenção materno-infantil não tem uma determinação somente a nível biológico mas também histórico e social.

Durante o mês de junho realizamos ainda, junto com os futuros participantes do Projeto, seminários sobre temas de interesse para a pesquisa como Amamentação e Gravidez de Alto Risco, que foram precedidos de revisão da literatura especializada dos anos recentes.

RESUMO DE ATIVIDADES

A nossa primeira tarefa esse ano era a de buscar na legislação existente desde o período do Império, aquela parte referente à atenção médica dispensada ao grupo materno-infantil, por parte do governo, assim como a parte referente ao ensino médico, como um dos instrumentos para avaliar a evolução do conhecimento médico, dos conceitos e das especialidades referidas ao campo da atenção materno-infantil no Brasil.

Quanto à primeira parte de nosso trabalho, decidimos modificá-la no momento em que nos demos conta - através de um primeiro exame da legislação - que a população materno-infantil não foi alvo de atenção médica especial por parte do governo imperial. Esta constatação - de certa forma prevista pela leitura de trabalhos sobretudo franceses nessa área - levou-nos a fixar nossa atenção na legislação relativa à assistência médica em geral, no sentido de :

- 1º: perceber a magnitude, organização e possível eficácia dessa assistência em face dos problemas de saúde então existentes, em particular os do grupo em estudo, à luz do conhecimento médico da época - avaliado a partir da legislação sobre ensino médico e do trabalho do historiador Lycurgo Santos Filho sobre o período.
- 2º: buscar uma correlação da organização da prática médica daquele período com a organização social em seus níveis econômico, político-jurídico e ideológico, na tentativa de entender a não priorização do grupo materno-infantil quanto à atenção médica nesse período.

Com relação ao 2º item, recorreremos basicamente aos trabalhos da coleção de História Geral da Civilização Brasileira organizada por Sérgio Buarque de Hollanda e à História Econômica do Brasil de Caio Prado Júnior.

Seguem anexos os resumos das leis do Império com relação ao setor saúde, separados no que diz respeito a ensino médico e atenção médica. Segue ainda uma primeira elaboração sobre a organização da prática médica no Império e suas conexões com as ou-

tras instâncias daquela sociedade.

Depois da coleção de leis do Império, passamos à coleção das leis (Atos do Poder Executivo e do Poder Legislativo) da primeira república. Para esse período, resolvemos anotar apenas a legislação relativa à atenção médica reservada à população materno-infantil - que começa a proliferar - deixando de lado a atenção médica em geral, uma vez que esta tem-se constituído em objeto de alguns trabalhos já publicados e a publicar que passaram a nos servir como referência.

O trabalho de coletar a legislação republicana a partir de 1930 sobre a atenção médica destinada ao grupo materno-infantil será provavelmente bastante facilitado devido a haver o Ministério da Saúde se ocupado da publicação de uma coletânea de leis desse período com relação ao campo da saúde, a qual até o momento não tivemos todavia oportunidade de examinar.

Mantendo para o período republicano o objetivo de descrever e explicar, à luz da análise histórico-estrutural, a organização da prática médica vinculada ao grupo materno-infantil, fizemos a leitura de trabalhos sobre a história do Brasil e da atenção médica desse período que utilizaram a referida abordagem teórica.

Merecem referência especial, pela contribuição que certamente farão a nossa pesquisa o trabalho de Hillegonda Maria Dutilh, "Pediatria Preventiva e Prática Social" - por ora sob forma de relatórios parciais de tese de mestrado - que descreve e analisa a história da Puericultura no Brasil desde os seus primórdios em 1890 até os dias de hoje, e o projeto coordenado por Antônio Sérgio da Silva Arouca, do Programa PESES, "O Trabalho em Saúde" não só pela elaboração metodológica como pela análise de toda a evolução histórica da Previdência Social no país. Devemos anotar que faremos ainda a leitura do extenso material e análise da história da Saúde Pública no Brasil produzidos pelo projeto de pesquisa, também vinculado ao PESES, recentemente concluído pelo grupo de Ana Clara T. Ribeiro, Isabel F. Picaluga e Nilson R. Costa.

Dentre outros trabalhos consultados foram de maior interesse o de James Malloy sobre as origens da Previdência Social no Brasil, o de Albertino Rodrigues sobre a legislação trabalhista anterior a 1930 e o de Boris Fausto relatando as origens do 'trabalhismo'. Para o período getulista (e pós), vimos o trabalho de Otá

vio Ianni sobre o fenômeno do populismo e o de Francisco Weffort sobre sindicalismo populista.

Dentro dos mesmos critérios de seleção de nossa revisão bibliográfica decidimos explorar o terreno do planejamento no Brasil, primeiro econômico, depois social, mais tarde o de saúde e finalmente os de atenção materno-infantil da década atual. Nesse terreno consultamos tanto os documentos oficiais disponíveis quanto os trabalhos dos estudiosos do assunto como os de Ianni, Lúcio Kowarick e outros mais recentes, incluindo um da própria coordenadora do projeto sobre planejamento da atenção materno-infantil.

Ao lado desse estudo sobre planejamento, fizemos a revisão de algumas obras mais conhecidas sobre as conjunturas econômicas e políticas do pós-guerra, entre outras as de Fernando Henrique Cardoso, Paul Singer e Francisco de Oliveira.

Esse nosso estudo até então despertou-nos para a necessidade de um aprofundamento maior em termos de metodologia que nos levou ao exame - ainda sob orientação da coordenadora do projeto - de trabalhos teóricos no campo da economia, ideologia e política, sempre que possível colocando em discussão a relevância dos conceitos estudados para o nosso campo de trabalho específico. Nesse sentido, foi realizado um seminário sobre Economia e Saúde, e sua aplicação à questão materno-infantil, com a participação de J.C. Braga que preparava então tese de mestrado sobre o tema, a ser apresentada à UNICAMP.

Finalmente, resta mencionar algumas atividades não programadas, embora de grande interesse para o Projeto.

Durante o mês de junho foram realizados seminários sobre os temas Conceito de Normal, Amamentação e Desnutrição, Perimortalidade e Gravidez de Alto Risco. Eles se constituíram em bom terreno para a crítica da abordagem empiricista e multicausal e principalmente para o estudo da evolução histórica dos conceitos na área da atenção materno-infantil, um dos objetivos do projeto. Participaram dos seminários os colegas que deverão colaborar no projeto a partir do momento de sua aprovação.

Para a preparação dos seminários foram realizadas leituras de trabalhos epidemiológicos e sociológicos de diferentes linhas e ainda de trabalhos referentes ao conhecimento médico mais recente sobre esses temas, como pesquisas sobre nutrição e método -

5.

dos anticoncepcionais. Para tal foi realizada pelo grupo uma revisão das principais revistas médicas em Obstetrícia, Pediatria e Saúde Pública nos dois últimos anos; coube-nos a revisão sobre perimortalidade e gravidez de alto risco.

Por último, aproveitando a realização do I Encontro de Secretarias Municipais de Saúde da Região Sul, em Campinas, fizemos, com recursos próprios, um primeiro reconhecimento da área escolhida para o nosso projeto de campo, com o auxílio de nossas futuras colaboradoras naquela cidade.

A bibliografia que segue anexa toma a ordem dos assuntos na sequência em que foram estudados e aqui sumariamente expostos.

PESQUISA MATERNO-INFANTIL

A (Des) Atenção Materno-Infantil durante o Império:

Pensamos que as perguntas às quais tentaremos responder nesta parte da Pesquisa Materno-Infantil são resumidamente as seguintes:

- I - Qual a importância dada pelo governo à Atenção Materno-Infantil durante o Império? Ou melhor, uma vez que a Atenção Materno-Infantil ainda não tinha existência como tal, qual a importância dada à Saúde Pública e à Assistência médica pelo governo imperial?
- II - Qual o objetivo econômico, ideológico, político dessa atenção? Ou, colocando-nos na realidade do séc. XIX, quais os condicionantes (técnico econômico, ideológico, político) dessa desatenção?

Começaremos por responder à primeira pergunta e em parte também à 2^a no que se refere aos condicionantes técnicos, isto é relativos ao desenvolvimento do conhecimento médico que permitiu o desenvolvimento da Atenção Materno-Infantil.

Embora tenha sido escasso o material que pudemos examinar sobre a medicina do séc. XIX no Brasil - basicamente publicações legislativas (1) - podemos por ora concluir que Atenção Materno-Infantil tal qual a identificamos hoje - não existiu durante a Monarquia.

As razões técnicas seriam as seguintes:

A Puericultura e o pré-natal ainda não se haviam individualizado como ramos do conhecimento ou da organização da atenção médica até aquela época. A obstetrícia focalizava apenas o trabalho de parto tanto na formação de parteiras como na de médicos. A cadeira de Higiene visava o ensino das atividades desenvolvidas pelo que se convencionou chamar de polícia médica.

A cadeira de Pediatria só se organiza no país a partir da década de oitenta. Apenas a clínica de recém-nascidos já era anteriormente ensinada, como ramo da cadeira de obstetrícia, desde a década de 30.

O atendimento ambulatorial só se desenvolve como parte do ensino médico no final do Império.

Por outro lado, não existia um Ministério da Saúde ou da Previdência Social - as questões de saúde eram afetas ao Ministério dos Negócios do Império. Tampouco havia por parte do Ministro do Império preocupação em elaborar um programa de ação na área da saúde (aliás, como revela Francisco Iglesias (6), pelo menos até a década de 70, nem mesmo o Presidente do Cons. de Ministros tinha um programa de governo objetivo).

A preocupação assistencial do governo reduzia-se ao apoio econômico às Santas Casas (e hospitais militares) sob forma de doações em dinheiro ou de terrenos para construção de hospitais. Através ainda da legislação observamos que o governo chama a si apenas a assistência "aos pobres". Segundo Lycurgo Santos Filho, a assistência hospitalar durante o império caracterizou-se mais "pelo socorro ao doente desvalido do que propriamente pelo tratamento dispensado", embora em seus quartos particulares elas atendessem os doentes que podiam pagar pela assistência (9).

A promessa de construção de maternidades-escola pelo governo feita a partir de 1853 não é realizada jamais durante o Império.

A medicina preventiva a nível individual prestada pelo governo a partir de 1826 limitava-se à vacinação anti-variólica, e ainda assim só era realizada em massa durante os períodos de epidemia. De resto, a Saúde Pública só é institucionalizada em 1850 com a criação da Junta de Higiene Pública cujas atividades, além da vacinação, restringem-se àquelas de polícia médica. A Junta, todavia, só recebe atenção maior do governo durante as epidemias (com exceção do Serviço de Inspeção da Saúde dos Portos).

A preocupação com o saneamento também tem caráter contingencial. É somente a partir de 1850 que o governo imperial toma a decisão de investir em saneamento, abrindo um crédito para o início de trabalhos que tendessem a melhorar o estado sanitário da capital e de outras povoações do Império. Essa decisão veio certamente como reflexo da onda de epidemias de febre amarela que grassou naquele ano e no seguinte (1851). O governo é ainda forçado naquele período a abrir créditos extraordinários para o combate à

epidemia e para a assistência aos enfermos. O governo só volta a ocupar-se da normatização das atividades de saúde pública em 1881, com a criação da Junta Central e comissões de Saúde Pública, que passam a incorporar as ações de saneamento e de 'socorros públicos à pobreza', prevendo ainda o registro e estatística dos óbitos e nascimentos.

Ainda em 1889—como observa Lycurgo Santos Filho— a verba destinada ao serviços assistenciais de higiene e saúde, dos portos, asilos e hospitais era menor que 0,5% do total do orçamento do Império.

Tentaremos daqui por diante investigar as razões ou condicionantes da ligeireza com que a Monarquia lidou com os assuntos vinculados à saúde da população. Para isso examinaremos seguidamente as bases econômicas políticas e ideológicas da sociedade brasileira no século passado.

Caio Prado Júnior em sua História Econômica do Brasil(8) enfatiza que a organização da sociedade e da economia brasileira objetivaram historicamente a exportação de matérias-primas. Na 2ª metade do séc. passado ocorre a decadência da lavoura de produtos tradicionais — cana, algodão e tabaco — e ascensão ao 1º plano da lavoura do café que passa a ser a vedeta de nossa exportação, chegando a contribuir com mais de 70% de seu valor ainda durante o Império.

Até o final do império praticamente (1888), a mão de obra da chamada Grande Lavoura era fundamentalmente escrava. Chegamos a um ponto importante. Aqui devemos perguntar-mos: Os escravos recebiam atenção especial quanto à saúde?

É basicamente graças à exportação de café que a partir de 1860, o comércio exterior começa a apresentar regularmente saldos crescentes apesar do incremento das importações. Estas viabilizaram a mecanização das indústrias rurais, a instalação de manufaturas, estradas de ferro, etc., um surto de prosperidade que durou toda a 2ª metade do séc. XIX e que é segundo Caio Prado Júnior 'o momento de maior transformação econômica na história brasileira'.

Embora a diferenciação do sistema produtivo e do sistema social sejam processos concomitantes — como comprova O. Ianni para o período do Império(5)— e o crescimento de trabalhadores vinculados à administração e pro

fissões liberais fosse de cerca de 60% durante o último quartel do séc. XIX (IBGE), existiam em 1872 pouco mais de 1700 médicos no Brasil, isto é, menos de 2 médicos para cada 10.000 hab. (a população brasileira na época estava bem próxima de 10 milhões).

A hegemonia da lavoura cafeeira reforça contudo a economia baseada na expansão monopolista e também a escravidão como aponta Caio Prado Júnior. E é justamente em 1850, início de um ciclo de expansão acelerada de nossa economia, que o tráfico de escravos é proibido por lei.

O 1º curso demográfico, realizado em 1872, revelava a existência de 1,5 milhões de escravos. Com base nessa cifra e na estimativa do nº de escravos existentes na época da extinção do tráfico, Celso Furtado(5) conclui que a taxa de crescimento vegetativo da população escrava era negativa. Os fazendeiros tinham consciência desse fato como observa Emília Viottida Costa.(3)

Por outro lado, como lembra a mesma autora, o elemento nacional em geral recusava-se a trabalhar como assalariado, uma vez que, podendo sobreviver ainda que miseravelmente, não se submetia às condições de trabalho vigentes em troca de poucos salários. Além disso, na sociedade escravocrata o trabalho manual era degradante pois era identificado com a escravidão.

A importação de colonos para as fazendas de café não teve sucesso e diminuiu em muito já na década de 60. Os colonos protestavam contra a exploração e o tratamento dos capatazes, semelhante ao dispensado aos escravos.(8,3)

A imigração assalariada só tem início na década de setenta e só é substantiva no final do Império(PETRONE,O.IANNI). Ela é resultado do sucesso e expansão da lavoura cafeeira no Oeste paulista que origina uma fome de braços e determina a decisão governamental de subvencionar a imigração.

Reformulamos agora a nossa pergunta anterior:

Uma vez que a economia do período imperial assentava sobre a mão-de-obra, que a partir de 1850 o tráfico de escravos é interrompido e nenhuma solução alternativa para aquele trabalho mostra-se efetiva, existe durante a Monarquia uma preocupação especial com a saúde dos escravos, antes ou depois de 1850 ?

Recorremos novamente a Costa, E.V. : "Mal nutridos, mal vestidos, minados pelas verminoses e pelas febres, pela tuberculose e sífilis, epidemias de varíola, cólera e febre amarela, que assolaram o país de tempos em tempos, submetidos a um intenso horário de trabalho que atingia 16 a 18 hs diárias (incluído o serão da noite), os escravos morriam em grande nº". Ainda segundo a autora, a assistência médica nas fazendas - onde se concentrava a massa de escravos especialmente a partir de meados do século - era precária e a ciência médica nas zonas rurais não diferia muito do primitivismo dos feiticeiros. As Santas Casas, por sua vez, "prestavam grande serviço aos fazendeiros, recolhendo seus escravos inválidos." Outros dados interessantes citados pela autora são que a duração média da força de trabalho escrava era de 15 anos e que a mortalidade infantil atingia 88%(!) Por outro lado, a escassez de escravos (em algumas regiões a proporção era de 1:5) estimulava a promiscuidade (3).

Quanto à legislação protetora dos escravos, promulgada a partir da década de sessenta, a mesma autora, observa que não era via de regra cumprida, uma vez que o corpo de jurados era recrutado principalmente entre senhores de escravos. Outras medidas legislativas tomadas, como fomento de casamento inter-escravos, proibições de separar casais ou tirar filhos de seus pais, não deram, segundo Caio Prado Júnior, resultados apreciáveis.

Entretanto, admite finalmente a autora, "com a cessação de tráfico e à medida que se tornou mais difícil adquirí-los, os senhores passaram a dedicar-lhes maior atenção e cuidados", com a ressalva de que "a sorte do cativo dependeu sempre da riqueza e prosperidade do senhor, da sua maior ou menor benevolência e humanidade." (3)

À imigração italiana deve-se o grande desenvolvimento da lavoura de café, principalmente em S. Paulo nas décadas de 80 e 90. Pouco a pouco esses colonos reabilitaram o trabalho manual e da terra, considerado degradante no regime escravocrata. Também a atitude com relação ao trabalho feminino e ainda infantil foi modificada: "Enquanto as mulheres livres só raramente saíam do setor doméstico e praticamente nunca foram colaboradoras no trabalho da lavoura, as italianas contribuíam com seu trabalho na roça, principalmente por ocasião da colheita. O trabalho feminino ficou

assim enquadrado dentro das atividades produtivas. Não se deve esquecer que também as crianças contribuïam com seu trabalho tanto nas pequenas roças de mantimentos como no cafezal, sobretudo na colheita. Os que visitavam as colônias de italianos ficaram impressionados com o número de crianças aí existentes, em contraste com o que se dava onde predominava o escravo (BEIGUELMAN, P.). E acrescentava a autora: "As condições em que foi realizada a imigração explica o grande número de filhos dos italianos que tinham necessidade de mais braços para aumentar suas rendas".

A partir de 1887, a subvenção à imigração limitava-se apenas - ou quase exclusivamente - à introdução de imigrantes em família e que se dedicassem à agricultura: "Os fazendeiros preferiam contratar famílias a solteiros, pois, além de outras vantagens, a família garantia uma estabilidade maior na fazenda e menor desejo de patrimônio". (2)

Decretam-se a partir do final da década de 70, medidas protetoras para os trabalhadores rurais. A maior parte das fazendas de café instaladas depois de 1880 utilizava quase que exclusivamente trabalhadores livres (8). Entretanto, o trabalhador imigrante, embora, já no final do Império, fosse considerado superior ao escravo e desfrutasse então de condições de vida material em geral boas, queixava-se da falta de assistência médica: "Um dos grandes problemas dos colonos era justamente a falta de escolas e de assistência médica" (2).

Passemos agora à arena política.

O Brasil não era uma monarquia parlamentar: o imperador - o poder moderador - tinha constitucionalmente poder para dissolver a Câmara de Deputados e o gabinete e o fez mais de uma vez (6). O poder moderador era quem falava em nome da nação, encarnando o papel de Estado. Pedro II todavia só começa a exercer tal poder a partir de meados do século.

Em 1853, segundo ainda Iglesias, D. Pedro II está atrás de todas as manobras políticas e administrativas: recomenda o aproveitamento de homens do partido da situação para lugares políticos, enquanto para as outras nomeações, que todos fossem aproveitados; e enumera muitas tarefas a serem executadas no plano de obras públicas, de reformas de instrução; propõe a reforma judiciária etc.

Enquadrando D. Pedro na posição de poder moderador, o mesmo autor procura explicar suas decisões políticas: "As tão condenadas trocas de situações - de um gabinete liberal por conservador, por exemplo, quando o vigente contava com maioria parlamentar - eram uma busca do país real, pois D. Pedro sabia que o processo das eleições era falho..."

Quanto aos chamados partidos Liberal e Conservador, nunca constituíram partidos, no sentido de possuírem um programa político para toda a sociedade (baseado em princípios identificados com os interesses de uma classe ou frações de classe), uma base militante e uma máquina partidária. Eram antes agrupamentos de pessoas - quase todas representantes dos senhores das lavouras - que defendiam apenas interesses regionais e frequentemente domésticos, como observa ainda aquele autor.

A administração por outro lado era muito ineficiente em termos técnicos, apesar de suas grandezas, e deficitária quanto a recursos orçamentários, principalmente até meados do século. A renda nacional provinha das tarifas alfandegárias principalmente, que só passam a ser significativas a partir de 1844, chegando a atingir 50% em 1860. O deficit era saldado com empréstimos públicos cada vez mais volumosos (8).

Todavia, como assinala Caio Prado Júnior, algum recurso orçamentário foi reservado para a higiene e urbanismo, povoamento e instrução pública.

As epidemias não discriminavam os grupos no poder: na década de 50 elas dizimaram vários parlamentares. Nem os escravos, nem as mercadorias (6). Esse fato deve explicar o cuidado reservado à vacinação anti-variólica e às atividades vinculadas à polícia médica e ao saneamento.

Havia preocupação do poder moderador com o povoamento e a colonização do país ainda na época de D. João VI. (8) A solução todavia era pensada em termos de imigração de colonos para as áreas rurais, e não de reprodução da população nacional, via proteção à maternidade, pela assistência ao parto e ao recém-nascido (cuidado este somente reservado aos médicos e parteiras diplomadas, desde meados do século). Embora enfermarias de obstetrícia e casas de maternidade existissem, elas jamais foram alvo de recursos orçamentários especiais por parte do governo imperial.

Vejamos um pouco dos movimentos populares no Império e a resposta governamental dada a eles.

As revoltas surgidas entre escravos eram, via de regra, eficaz e rapidamente reprimidas pela intervenção policial.

Nas fazendas, os trabalhadores livres constituíam a clientela do senhor e faziam as vezes de capangas, cabos eleitorais e mesmo de eleitores, se preciso (3).

Nas cidades, devido a competição da Inglaterra com a nossa 'indústria artesã' e com o comércio nativo, principalmente na 1ª metade do século, muitos trabalhadores ficam desocupados produzindo agitação social e política graves. (8).

Dos grupos urbanos, são principalmente os profissionais liberais e outros pequeno-burgueses, assim como a mão-de-obra imigrante assalariada, geralmente favoráveis à abolição, os mais importantes na campanha dos anos 80 (3,7).

Em 1857, há crises de subsistência pela carestia dos produtos agrícolas. Também nesse momento o governo não interfere devido aos protestos contra a fixação dos preços por parte dos grandes produtores e comerciantes (6).

A 'cena política' (Poulantzas, N.) foi assim praticamente durante todo o Império exclusivamente reservada aos donos da grande lavoura, cujos representantes se distribuíam nos partidos Liberal e Conservador.

Finalmente, abordaremos sucintamente os aspectos ideológicos de nossa sociedade no século passado.

Como sublinha João Cruz Costa (4), embora o pensamento acadêmico brasileiro fosse dominado no século passado, inicialmente pelo ecletismo, e mais tarde, pelo positivismo, essas correntes filosóficas nunca foram fatores decisivos para a vida nacional na Monarquia. Para Viotti, as ideologias antes, "curvavam-se aos interesses econômicos", pelo menos na questão da abolição dos escravos: "O grupo positivista dividiu-se... Uns e outros invocavam os mestres do positivismo para justificar suas posições." Além disso, ser dono de escravos e terras eram os ideais da Monarquia e a Abolição representava para muitos a perda de status social.

Afirmava-se que o trabalhador nacional livre era preguiçoso e inativo. O governo imperial achava que só com a imigração de

povoamento se conseguiria uma imigração de efeitos realmente civilizadores, ao contrário dos senhores das grandes lavouras para os quais a imigração assalariada era a solução para o seu problema de falta de braços(3).

A nossa sociedade civil era débil. A Igreja tinha papel importante na pregação do conformismo aos escravos e à plebe(Viotti, 3). A escola, por outro lado, era basicamente frequentada pelos filhos das classes dominantes, constituindo-se em um sinal de classe (4).

Em conclusão, embora todos fossem iguais perante a lei imperial, o poder exercido na sociedade escravista era baseado mais na força do que na ideologia. Os escravos eram frequentemente castigados de maneira violenta - por vezes com a morte - mas a violência física era a norma aceita - até legalmente - para a manutenção do domínio, o que era também válido com relação aos homens livres (3). Entretanto, a visão da sociedade escravista a respeito do escravo e do trabalhador livre nacional pode ter servido para justificar o descaso do poder público quanto às necessidades de cuidados médicos em geral - e por extensão, à gestante e ao recém-nascido - daqueles grupos da população, especialmente da população escrava de cujo vigor físico dependia a produção agrícola daquela sociedade.

MATERIAL SOBRE SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA MÉDICA

(da coleção das leis do Brasil do período do Império)

O material coletado é escasso e vai aqui sob forma de notas. Na realidade deve ser mencionado que a legislação sobre Saúde dos Portos é generosa, por razões certamente vinculadas às necessidades de uma economia agrário-exportadora. Entretanto, uma vez que nosso interesse imediato se voltava para as medidas governamentais que tinham como alvo a população das cidades, e não exatamente as mercadorias transportadas pelos navios, decidimos excluir essa parte da legislação de nossa compilação.

Em 1826 o governo autoriza a despesa com a vulgarização e prática da vacina (contra a varíola) em todo o país.

É somente a partir de 1850 que o governo toma decisão de investir em saneamento abrindo um crédito para iniciar os trabalhos que tendessem a melhorar o estado sanitário da capital e de outras povoações do império e apólices para a continuação desse trabalho. Essa decisão veio certamente como reflexo da onda de epidemias de febre amarela que grassou naquele ano e no seguinte (1851). Nesses dois anos, o governo é forçado 3 vezes a abrir crédito extraordinário para o combate à epidemia e para a assistência aos enfermos. Em 1851 abre ainda crédito especial para fazer face à epidemia de bexigas que se alastrava no norte do país.

Ainda em 1850, é criada a Junta de Higiene Pública (cujo regulamento é aprovado em 1851) a quem passa a competir a Inspeção de Saúde dos Portos (serviço criado em 1843) e o serviço de Inspeção da vacinação (criado em 1846), além da fiscalização do exercício da medicina (inclusive, por boticários, dentistas e parteiras) e as atividades de polícia sanitária.

Novamente em 1858, crédito extraordinário é autorizado para as despesas com o combate às epidemias de cólera, febre amarela e bexigas, e com o abastecimento de víveres na Corte e de mais povoações do Império. Finalmente em 1860, novo crédito é aberto para os mesmos fins, sendo então as epidemias aí tratadas como as que "periodicamente aparecem no país".

"Atendendo à urgente necessidade de melhorar o serviço de Saúde Pública" em janeiro de 1882 é baixado novo decreto pelo Imperador - a ser submetido à aprovação da Assembléia Legislativa - a respeito das funções das Juntas e Comissões de higiene da Corte e das províncias. Cabia às Comissões de Higiene auxiliar as Juntas e os inspetores de Higiene no sentido de que pudessem "com a maior diligência atender as necessidades de Saúde Pública".

As atribuições da Junta Central de Higiene eram:

- "a) dirigir o serviço de vacinação
- b) investigar e indicar todas as providências necessárias para melhorar as condições higiênicas da cidade no tocante a limpeza, esgotos, irrigações, dessecamento de pântanos, abastecimento d'água etc.
- c) visitar as boticas e drogarias, os laboratórios.....e fiscalizar tudo quanto tiver relação com o exercício da farmácia".
- d) ter sob sua vigilância os estabelecimentos públicos e particulares que requerem cuidados especiais, como sejam: prisões, quartéis,oficinas,.....colégios, hospitais....., casas de maternidade,dormitórios públicos etc.
- e) estudar as epidemias, epizootias e todas as moléstias reinantes, bem assim o meio de preveni-las e combatê-las...
- f) dirigir os socorros públicos que se devam prestar à pobreza...

Segundo ainda o artigo 18 desse decreto, "o médico encarregado da estatística apresentará um relatório quinzenal, que será lido perante a Junta, e no fim de cada ano uma estatística geral dos óbitos com as reflexões que lhe suscitar, bem assim dos nascimentos, logo que esteja em execução o registro civil".

Pelo artigo 24, o serviço de vacinação continuaria a cargo do Instituto Vacínico que, por sua vez, ficaria sujeito à Junta Central de Higiene.

As atribuições das Juntas e dos inspetores de higiene das províncias seriam "atribuições análogas as que têm na Corte a Junta Central". É chamada especial atenção ao Serviço de vacinação.

Quanto às atribuições das comissões de higiene (auxiliares da Junta Central), seriam entre outras:

- a) o saneamento das habitações e dos lugares públicos.
- b) as providências precisas para prevenir e combater as moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis, bem assim as epizootias e qualquer moléstias dos animais.
- c) os meios de melhorar as condições higiênicas das indústrias e artes.
- d) examinar a capacidade e as acomodações dos teatros...etc "marcando-lhes a lotação conforme os preceitos da ciência."
- e) examinar pelo menos uma vez por semana, o estado de limpeza das ruas ... e prescrever as providências necessárias para seu saneamento.
- f) "visitar os mercados e casas de quitanda, onde, examinando os frutos, peixes..... e todos os gêneros destinados à alimentação pública, mandarão inutilizar os frutos verdes e todos os gêneros deteriorados que possam prejudicar a saúde dos consumidores, entendendo-se para tal fim com o Subdelegado e o Fiscal, que imporá a multa fixada nas Posturas municipais, atuando o delinquente".

E mais:

Artigo 32 - "cada uma das comissões se incumbirá do serviço de vacinação na sua paróquia, quando a Junta Central o julgar necessário"

Artigo 33 - "quando alguma das comissões tiver notícia de ser haver manifestado moléstia transmissíveis ou qualquer estabelecimento ou casa particular da sua paróquia, além de dar os conselhos convenientes para o isolamento do doente, quando não for possível a remoção deste, providenciará em caso de falecimento, sobre a retirada imediata do cadáver, a fim de prevenir a propagação da moléstia, e mandará praticar a desinfecção....., comunicando à Junta Central o ocorrido."

A Junta Central de Higiene teria ainda que fiscalizar o exercício da medicina, compreendendo aí os médicos, cirurgiões,

farmacêuticos, dentistas e parteiras, os quais deveriam apresentar seus diplomas à Junta.

Havia recomendações especiais no regulamento quanto ao exercício de profissão de parteira, que deveria limitar-se "a prestar os cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos partos naturais." E especificava: "nos casos de distócia ou parto laborioso deverão sem demora reclamar a presença do médico e, até que este se apresente, empregarão tão somente os meios conhecidos para se prevenir qualquer acidente que possa comprometer a vida da parturiente e a do feto." E ainda: "são-lhes expressa e absolutamente proibidos: o tratamento, médico ou cirúrgico das moléstias das mulheres e das crianças, os anúncios de consulta e as receitas, salvo as de medicamentos destinados a evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente ou a do feto, ou recém-nascido. Tais receitas deverão conter a declaração de - urgentes."

É interessante notar que também aos dentistas era proibido "praticar qualquer operação que exija conhecimentos especiais", devendo estes limitar-se à extração e conservação dos dentes e à execução de próteses dentárias.

Aos médicos, por outro lado, era proibido a preparação e comercialização de remédios, as quais estavam reservadas aos farmacêuticos.

Os infratores em qualquer dos casos seriam multados e eventualmente processados judicialmente.

Em dezembro de 1882 o governo volta a abrir ao Ministério do Império um crédito extraordinário de 400:000\$, por conta do exercício de 1882-1883, "a fim de ocorrer-se às despesas que se estão fazendo com socorros públicos, por motivo da epidemia de varíola que se manifestou nesta Corte e na maior parte das províncias do Império."

Em abril de 1889, um decreto regula o provimento dos lugares de membros da Inspetoria Geral de Higiene, delegados de higiene nas paróquias urbanas e médicos demografistas e químicos do Laboratório do Estado. O concurso constaria de 2 provas: Higiene Pública e Higiene Administrativa.

Em termos de assistência médica à população, a participação do governo se restringiu a doações de terrenos, verba e apólices para a construção e manutenção de casas de saúde, geralmente Santas Casas de Misericórdia. Não houve - até onde vai a letra da lei - priorização de recursos para as instituições ou enfermarias que cuidassem da mãe ou da criança. (*)

(*) Segundo Lycurgo Santos Filho, as Santas Casas costumavam atender em seus quartos os doentes que podiam pagar sua internação enquanto que em suas enfermarias ficavam aqueles completamente desprovidos de recursos, como os escravos velhos. Serviam mais como asilos que propriamente como hospitais. A população em geral tinha horror a elas, preferindo tratar-se com médicos particulares - quando possível - ou recorrendo a medicina popular.

MATERIAL SOBRE ENSINO MÉDICO
(Da Coleção de Leis do Brasil do Período do Império)

A primeira lei a respeito do estudo de obstetrícia é a publicada em 1813 aprovando o plano dos Estudos de Cirurgia (no Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro) como parte do Curso de Medicina, curso esse de cirurgia criado naquele ano.

O referido plano de estudos de cirurgia constitui-se num curso de Cirurgia cuja duração seria de cinco anos. Os candidatos a tal curso deveriam apenas saber ler e escrever corretamente e entender as línguas francesa e inglesa.

No 3º ano do curso, os alunos teriam lições de higiene. O 4º ano seria ocupado com instruções e operações cirúrgicas pela manhã e lições e prática da "arte obstetrícia", à tarde. No 5º ano, os alunos deveriam repetir o curso de obstetrícia dado no 4º ano.

Em 1823, um decreto imperial separa a cadeira de partos da de operações da Academia Médica Cirúrgica do Rio de Janeiro (citar razões).

Uma lei de outubro de 1832 dá nova organização às então Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia, que passam a chamar-se Escolas ou Faculdades de Medicina. Essas Faculdades passam a conceder títulos não mais médico e cirurgião mas de médico, farmacêutico e parteira, observando ao mesmo tempo que as pessoas sem os referidos títulos ficariam impedidas de exercer as respectivas atividades.

A cadeira de Partos passa a chamar-se cadeira de Partos, moléstias de mulheres pejudadas, e paridas, e de meninos recém-nascidos e será dada no 5º ano de Medicina. A cadeira de Higiene passa para o 6º ano e é dado em conjunto com História da Medicina.

A mesma lei refere que "haverá um curso particular para as parteiras, feito pelo professor de Partos."

Os pré-requisitos para o candidato ao Curso de Medicina passam a ser:

1º : ter pelo menos 16 anos

2º : saber latim, qualquer das duas línguas francesa ou inglesa, filosofia racional e Moral, aritmética e geometria.

Para o curso de parteira, a candidata deve:

1ª : ter pelo menos 16 anos

2ª : saber ler e escrever corretamente

3ª : apresentar um atestado de bons costumes passado pelo Juiz de paz da freguesia respectiva.

Em maio de 1853 as Escolas de Medicina passam a reger-se por novos Estatutos que todavia não apresentam mudanças maiores, sendo mantidas as disposições dos cursos de obstetrícia (passando o 1º a integrar a seção de Ciência Cirúrgica e o 2º a de Ciência Médica para os alunos de medicina. Quanto ao Curso Obstetrício o novo regulamento especifica que ele consistirá na frequência durante 2 anos da cadeira de Partos do 5º ano médico; "e mais na da respectiva Clínica da Santa Casa da Misericórdia, fazendo exercícios na enfermaria própria; ou em uma casa de maternidade, quando esta se venha a criar; sempre debaixo da direção do respectivo lente: para esta criação fica o governo autorizado sobre proposta da Faculdade." As Santas Casas também seriam utilizadas, pro tempore, para as outras cadeiras.

Os candidatos ao Curso Médico passam a necessitar além dos requisitos anteriores, ter conhecimento de história e geografia e álgebra (até equação do 2º grau). Além disso não poderiam receber o grau de doutor sem ter feito igualmente exame de grego.

Para os candidatos ao Curso Obstetrício as exigências passaram a ser além de saber e ler e escrever corretamente, fazer exame de frances e ter 20 anos de idade.

O exame final de Clínicas para o curso médico, no 6º ano, versaria sobre 3 casos práticos, "sendo um deles de Medicina, outro de cirurgia, e o 3º de uma parturiente: este poderá ser substituído pelo de uma mulher enferma qualquer ou de um recém-nascido". Os exames do Curso Obstetrício versariam sobre as matérias da cadeira, e respectiva prática.

O governo patrocinaria ainda desde então investigações em benefício de ciência e do ensino da medicina no Brasil ou no exterior, ficando os lentes para isso nomeados com a obrigação de socializar o conhecimento assim adquirindo.

Em abril de 1854, novo regulamento é decretado.

254

A cadeira de Partos, moléstias de mulheres peçadas e de recém-nascidos passa a ser dada no 4º ano médico e a de Higiene e

História da Medicina continua no 6º ano. O curso obstetrício permanece o mesmo, repetindo-se a promessa de criação pelo governo de uma maternidade.

As exigências para os candidatos aos cursos de medicina continuam basicamente as mesmas. Para o Curso de Obstetrícia os candidatos passam a ser também examinados nas 4 operações da aritmética. Além disso, se fossem do sexo feminino (antes o regulamento sempre se referia às parteiras), deveriam ainda apresentar, sendo solteiras, licença de seus pais e, sendo casadas, o consentimento de seus maridos.

No capítulo referente aos exercícios escolares, o regulamento recomenda que "todos os lentes e particularmente os de Medicina legal, Matéria Médica e Higiene façam um suas lições "aplicação especial ao Brasil das doutrinas que ensinarem". O lente de matéria médica deveria, além disso "apresentar os medicamentos indígenas que possam suprir os exóticos, ou ser-lhes com razão preferidos."

Em 1856, é baixado um regulamento complementar ao de... de 1854. As Santas Casas continuam como hospitais-escolas pro tempore. As lições dos lentes de Clínica têm seu conteúdo designado (págs. 239 e 240), que inclui preocupações epidemiológicas.

Em 1863, outro regulamento é decretado para as Faculdades de Medicina. A cadeira de Partos, moléstias de mulheres pejudadas e de recém-nascidos, e clínica respectiva, volta a ser ensinada no 5º ano médico. O Curso Obstetrício, em nada se modifica. Os hospitais-escolas, assim como as maternidades, ainda não haviam sido construídos pelo governo, de forma que as Santas Casas permanecem pro tempore cumprindo aquele papel. A diferença maior do outro regulamento é que os estudantes de medicina para receberem o grau de doutor deveriam prestar, ao invés de prova prática, defesa de tese de cada uma das seções do Curso Médico (Ciências Accessórias, Ciências Cirúrgicas, Ciências Médicas).

Em 1871, um decreto de governo impõe aos estudantes do 5º ano das Faculdades de Medicina do Império a obrigação de frequentar uma vez por semana, durante 1 ano, os Institutos Vacínicos na Corte e na capital da província da Bahia. Além disso, os chefes dos Institutos Vacínicos fariam os alunos "debaixo de sua inspeção, praticar a vacinação, extrair a linfa vacínica e colocá-

la em tubos ou lâminas".

Um novo regulamento é aprovado em 1881 para os exames das Faculdades de Medicina. As matérias do curso médico seriam divididas provisoriamente em sete séries de exames. A segunda série inclui então Histologia teórica e prática; Matéria médica e terapêutica passa para o 4º ano com o nome de Matéria médica e terapêutica especialmente brasileira. Obstetrícia consta dos exames da 5ª série enquanto Clínica Obstétrica e Ginecologia passam para a 7ª série. O curso de Farmácia é substituído pelo de Farmacologia e arte de formular. O regulamento refere ainda que de acordo com um decreto de abril de 1879 serão também incorporadas ao curso de medicina as seguintes cadeiras: cadeira de Zoologia e Anatomia Comparada, cadeira de Fisiologia patológica e patologia experimental, clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas, cirurgia dentária, clínica oftalmológica, clínica psiquiátrica e clínica médica de crianças (na 7ª série), "passando a clínica cirúrgica de adultos a fornecer com a clínica cirúrgica de crianças e as clínicas obstetrícia e ginecológica uma oitava série".

As matérias do curso obstétrico constituiriam objeto de 3 séries de exames:

- 1ª Série: física geral, química geral, botânica médica
- 2ª Série: anatomia descritiva em geral, Fisiologia (respiração, nutrição, circulação, secreções, digestão em geral, músculos, órgãos gênito-urinários da mulher, cérebro e medula). Obstetrícia.
- 3ª Série: clínica obstétrica e ginecológica. Farmacologia geral e especialmente das substâncias medicamentosas na arte obstétrica.

Novo Estatuto é promulgado em 1884. O curso de medicina passa a chamar-se de ciências médicas e cirúrgicas; o de obstetrícia chama-se então obstetrícia e ginecologia. O Curso médico consta então de 26 matérias: a clínica médica e clínica cirúrgica de adultos se subdividem em 1ª e 2ª cadeiras. A cadeira de higiene e história da medicina passa a chamar-se higiene pública e privada e história da medicina. As clínicas médica e cirúrgica de crianças são reunidas numa só cadeira de clínica e políclínica médica e ci-

rúrgica de crianças. O exame prático para a "Cadeira de partos" seria uma preparação histológica dos "órgãos da geração" e uma operação obstétrica, praticada em cadáver e "precedida do diagnóstico da apresentação e posição do feto."

O curso de Obstetrícia e ginecologia perde as cadeiras da 1ª série e passa a ter somente 2 séries de exames. A Cadeira de anatomia descritiva em geral passa a dar atenção especial à dos órgãos gênito-urinários da mulher; o mesmo se dá com a Cadeira de fisiologia. A Cadeira de Farmacologia incorpora também higiene das parturientes.

De resto, as Santas Casas continuam a ser os hospitais-escolas pro tempore. O regulamento prevê ainda que as Santas Casas permitam aos lentes de clínica as consultas de doentes "na portaria dos hospitais, para se efetuar a policlínica."

Em 1885, a Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro recebe novos estatutos, decretados pelo governo. O artigo 1º especifica o objetivo dessa instituição como sendo o de concorrer para o progresso da medicina, da cirurgia, da farmácia e da higiene pública. A Academia caberia "estudar e discutir todos os assuntos.... e responder às consultas de Governo sobre tudo quanto possa interessar à Saúde Pública ou ao descobrimento da verdade em casos de medicina legal."

Para ser eleito membro titular da Academia seria necessário:

1º. ser doutor em medicina, farmacêutico ou parteira por uma das Faculdades do Império.... e ainda

3º. § único - "apresentar uma memória ou dissertação original e inédita, relativa a alguma das matérias da secção a que desejar pertencer."

BIBLIOGRAFIA

- 1) Coleção das Leis do Império do Brasil, Imprensa Nacional, de 1813 a 1889 (Atos do Poder Executivo e Atos do Poder Legislativo).
- 2) BEIGUELMAN, P., O. O encaminhamento político do problema da escravidão no Império, in História Geral da Civilização Brasileira, tomo II, o Brasil Monárquico, 3ª vol., Reações e Transações, por Paula Beiguelman e outros autores, 3ed., Rio de Janeiro, DIFEL, 1976, p.189-219.
- 3) COSTA, E.V. O escravo na grande lavoura, ibdem, p.135-188.
- 4) COSTA, J.C. O pensamento brasileiro sob o Império, ibdem, p. ... p.323-343.
- 5) IANNI, O. O progresso econômico e o trabalhador livre, ibdem, p.297-322.
- 6) IGLÉSIAS, F. Vida política, 1848-1866, ibdem, p.9-112.
- 7) PETRONE, T.S., Imigração assalariada, ibdem, p.274-296.
- 8) PRADO Jr., C. História Econômica do Brasil, S. Paulo, ed. Brasiliense, 1976, p.9-204.
- 9) SANTOS F., L., Medicina no período colonial, in História Geral da Civilização Brasileira, tomo II, 3ª vol., Reações e Transações, por SANTOS F., L. e outros autores, 3 ed., Rio de Janeiro, DIFEL, 1976, p.448-489.
- 10) Atos do Poder Executivo e Atos do Poder Legislativo - Coleção de Leis da Primeira República, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.
- 11) DUTILH, H.M., Pediatria Preventiva e Prática Social, relatórios parciais (n.2 e 3), projeto de tese de mestrado, Fac. Medicina da USP, jan.75-jan.76. (mimeo.) 258
- 12) AROUCA, A.S.S., O Trabalho em Saúde, relatório parcial, projeto de pesquisa do PESES/Min. Saúde, 1977. (mimeo.)
- 13) MALLOY, J.M., Previdência Social e Classe Operária no Brasil (uma nota de pesquisa), in Estudos-15, CEBRAP, S. Paulo, Jan. Mar., 1976.

- 14) ALBERTINO RODRIGUES, José - Sindicato e Desenvolvimento no Brasil, S. Paulo, Difel, 1968.
- 15) FAUSTO, B., Trabalho Urbano e Conflito Social, in Corpo e Alma do Brasil, S. Paulo, Ed. DIFEL, 1968.
- 16) IANNI, O. - "O Estado e a Acumulação Capitalista, in Debate e Crítica, nº 3, julho/74, S.P., Hucitec ed.-Populismo e Classes Subalternas, in id., nº 1, jul/dez - 1973.
- 17) WEFORT, Francisco C. - Estado e Massas no Brasil. in Rev. Civ. Bras. nº 7, págs.135/153, Rio, Civilização, 1966 - Origens do Sindicalismo Populista no Brasil (a conjuntura do após - guerra), in Estudos nº 4, CEBRAP, S. Paulo, abril/junho/73.
- 18) Min. Interior, Sec. Geral, "I Plano Nacional de Desenvolvimento 1973-1975", Brasília, 1971.
- 19) Min. Interior, Sec. Geral, "II Plano Nacional de Desenvolvimento 1975-1976", Brasília, 1974.
- 20) Min. Interior, Sec. Geral, "II PND: Plano de Ação do Governo para a Região Sudeste 1975-1979", Brasília, 1975.
- 21) Min. Interior, Sec. Geral, "II PND: PAG para a Região Centro - Oeste 1975-1979", Brasília, 1975.
- 22) Min. Interior, Sec. Geral, "II PND: PAG para a Companhia de Desenvolvimento do Vale do S. Francisco 1975-1979", Brasília, 1975.
- 23) Min. Planejamento e Coord. Geral, "Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social - versão preliminar", Brasília, março 1967.
- 24) Min. Planejamento e Coord. Geral, "Plano Estratégico de Desenvolvimento", Brasília, julho. 1967.
- 25) Min. Planejamento e Coord. Geral, "PED 1968-1970", versão preliminar, Brasília, 1968.
- 26) Min. Saúde, "Programa de Saúde Materno-Infantil", Coord. Proteção Materno- Infantil da Sec. Assist. Médica, Brasília, 1973.
- 27) Min. Saúde, "Subsídios para Programas de Proteção Materno-Infantil", Coord. Proteção Materno-Infantil, Brasília, 1973.
- 28) Min. Saúde, "Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil", Anais da V. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1975.

- 29) Min. da Saúde. Política Nacional de Saúde, VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, julho/1977.
- 30) Gentile de Melo, C. Saúde e Assistência Médica no Brasil, S.P., CEBES/HUCITEC, 1976.
- 31) Werneck Vianna, L. "Leis Sociais e Demografia", S.P., 1977 (mimeografado).
- 32) Barat, A.M., "Estudo de Gastos do Setor Público com a Função Saúde, PAPPE, Min.Saúde, Rio de Janeiro, 1973.
- 33) Ianni, O., "Aspectos Políticos do Planejamento no Brasil", in O Planejamento no Brasil, org. e introd./por/ Betty Mindlin Lafer, S. P., Perspectiva, 1970.
- 34) IANNI, Otávio: Estado e Planejamento no Brasil: 1930/1970, Rio, Civilização, 1971.
- 35) Kowarick, L. "Estratêgias do Planejamento Social no Brasil", CEBRAP, cad. 2, Brasiliense, 1976.
- 36) Pena, M.V.J., Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento , R. Janeiro, IUPERJ, 1977, n.16, p.69-96 (Revista Dados).
- 37) Souza, B.M., Saúde: a ambivalência das Políticas. In: A ambiguidade de uma ideologia; Instituições e Reprodução Humana no Brasil /por/ Beatriz Muniz de Souza /e outros/, S. Paulo, Brasiliense, 1978, p.23-37 (Caderno CEBRAP, 29).
- 38) Munhoz, F.A., A escola: A professora e sua classe, ibdem.
- 39) Berezovsky, M. e Ferreira de Camargo, C.P., Comunicação de massa: A mulher e o sonho, ibdem.
- 40) Marques, M. B., Atenção Materno-Infantil como Prioridade Política, in Saúde e medicina no Brasil - contribuição para um debate. Org. Reinaldo Guimarães, RJ., Graal, 1978, p.121-146.
- 41) Cardoso, F.H., "Autoritarismo e Democratização", R.J., Paz e Terra, p. 165-240, 1975.
- 42) Cardoso, F. H., "O Modelo Político Brasileiro", S.P., Difusão Européia do Livro, p.83-103, 1972.
- 43) Oliveira, Chico - "Crítica à razão dualista", in Estudos nº 2, CEBRAP, outubro 1972.
- 44) Oliveira, F., "A Economia da Dependência Imperfeita", Graal , R.J., 1977.

- 45) SINGER, P., A crise do milagre. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, 168 p.
- 46) BRESSER Pereira, L. C., O estado na economia brasileira. Ensaios de Opinião, vol. 4, p.16-23, 1977.
- 47) MELLO, J.M.C. e BELLUZZO, L.G.M., Reflexões sobre a crise atual. Revista Escrita nº2, 1977.
- 48) AROUCA, A.S.,: O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva no Brasil, Tese de Doutorado em Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 1975, 261 p.
- 49) DONNANGELO, Maria Cecília F.: Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho, S. Paulo, Pioneira, 1975.
- 50) FOUCAULT, M., segunda conf. sobre a História da Medicina Social, R. Janeiro, Inst. Med. Social da UERJ, mimeo., trad. de Roberto C. Melo Machado, 1974.
- 51) ROSEN, G. The evolution of social Medicine. In: Freeman, H. et al (Ed.), Handbook of Medical Sociology, N. Jersey Prentice Hall, 1972, p.30-62.
- 52) BOLTANSKI, L., Los Usos Sociales del Cuerpo, trad. mimeo do original mimeo.
- 53) AROUCA, A.T., Análise dos Determinantes(mimeo).
- 54) BRAGA, J.C.S., "Capitalismo e Saúde", R.J., 1977(mimeografado)
- 55) OLIVEIRA, F., A produção dos homens: notas sobre a reprodução da população sob o capital, R. Janeiro, Graal, 1977, p. ... p.135-159.
- 56) MARX, K. Contribuição à Crítica da Economia Política, Lisboa, Estampa, p.27-32.
- 57) ALTHUSSER, L. La revolución teórica de Marx. Buenos Aires, Siglo XXI, 1970, p.71-97: 219-335.
- 58) HIRSH, J. Éléments pour une théorie matérialiste de l'État. In: Vincent, J.M., L'État contemporain et le marxisme, Paris Maspéro, 1975, p.25-941
- 59) CERRONI, V. Para una teoría del partido político. B. Aires, Cuadernos Pasado Y Presente 7:11-55, 1971.

- 60) GRUPPI, L. Le concept D'hégémonie chez Antonio Gramsci, Dia - lectiques 4-5: 44-54, 1976.
- 61) PRZEWORSKI, A. O processo de formação das classes. Dados 16 : 3-31, 1977.
- 62) ALTHUSSER, L. Aparatos ideologicos del Estado, Buenos Aires , Nueva Vision, 1974.
- 63) POULANTZAS, N., N. Les transformations actuelles de l'État , In: La crise de l'État, Paris, PUF, 1976, p.19-58.
- 64) POULANTZAS, N., Poder político y clases sociales en el Estado Capitalista, p.149-175; P.295-330; 197-240.
- 65) PORTELLI, H., Gramsci y el Bloque histórico. Cap.1.
- 66) POULANTZAS, N., El problema y las teorías de las Élités, op.cit., p.425-471.
- 67) BERLINCK, M.T., Marginalidade Social e Relações de Classes em São Paulo, Petrópolis, Vozes, 1975, 152p.
- 68) D'Incao e Mello, M.C., O Bóia Fria, Acumulação e Miséria, Petrópolis, Vozes 2^a ed., 1975.
- 69) NUN, J., Superpopulação relativa, ejército de reserva y masa marginal, Revista Latinoamericana de Sociologia, V.5(2) , jul.1969.
- 70) PAOLI, M.C.P.M., Desenvolvimento e Marginalidade. Um estudo de caso, tese de mestrado, Fac. Filosofia, Letras e Ciências Humanas de USP, 1972.
- 71) MARQUES, M.B. - Análise das limitações e possibilidades de atuação em um serviço de Puericultura - Tese de Doutoramemto em Pediatria, Univ. Est. Campinas, 1976.
- 72) HAKAMA, M., RASANEN-VIRTANEN, U. - Effect of a mass screening program on the risk of cervical cancer. Am J Epidemiol. 103: 512-517, 1976.
- 73) JANSEN, N.P.S., ELLIOT, P.M., Oral Contraceptives and endometrial carcinoma: case for progesterone - receptor defect. The Lancet Bull: 602- 603, 1977.
- 74) MEADE, T.W., et all. Haemostatic, lipid, and blood-pressure profiles of women on oral contraceptives containing 50ug or 30 ug oestrogen, The Lancet, nov. 5, 1977, p.948-951.

- 75) WALLACE , R.B., Altered plasma-lipids associated with oral contraceptive or oestrogen consumption, The Lancet, 8027: 11-141-1977.
- 76) STOLLEY,P.D. et all. Agreement rates between oral contraceptive users and prescribers in relation to drug use histories. Am J Epidemiol 107: 226-235, 1978.
- 77) WOOD, C., RENOUE, P. Perinatal mortality as indication of obstetric care. The Lancet, 8015: 813-814, 1977.
- 78) LOW, J. A., et all, Intrapartum fetal asphyxia: a preliminary report in regard to long-term morbidity. Am. J. Obstet. Gynecol. 130: 525, 1978.
- 79) SPIERS, P. S., Wang, L. Short Pregnancy interval, low birth weight, and the sudden infant death syndrome. Am. J. Epidemiol. 104: 15-21, 1976.
- 80) MEYER, M.B., et all. Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. Am. J. Epidemiol. 103: 464 - 476, 1976.
- 81) SARTWELL, P.E., Oral Contraceptives-Another Look. Am.J., Publ. Health. 68: 323-324. 1978(editorial)
- 82) Royal College of General Practitioners'oral Contraception Study. Mortality among oral- contraceptive users. Lancet. 8041: 727-731, 1977.
- 83) VESSEY,M.P. et all - Mortality among women participating in the Oxford-Family planning association contraceptive study Lancet.8041: 731-733, 1977.
- 84) ROYAL College of General Practitioners. Oral Contraceptives and Health, London, 1974.
- 85) GARN, S.M. et all. Relative effects of smoking and other variables on size of newborn. Lancet, sept. 24, 1977.
- 86) Williams, T.H. et all. Early ultrasound examination in antenatal care. Lancet, 8049: 1169-1171, 1977.
- 87) SINGER, A., JORDAN, J.A. Oestrogen-like activity and cervical atypias. Lancet, 8033: 359, 1977.
- 88) KIRWAN, J. R. et all. Eletrocardiographic abnormalites in women taking oral contraceptives. Lancet, 8037: 562, 1977.

GALLERY, E.D.M. et all. Predicting the development of pregnancy - associated hypertension; the place of standardized blood-pressure measurement. Lancet, 8025: 1273, 1977.

BUTLER, W.N.R., GOLDSTEIN, H. DUNN, P.M., MEYER, M.B., USHER, R.H., MILLS, W., LEWIS, D.M. e WILLIAMS, G.F. Definition of Perinatal mortality. Lancet, coleção 1977(8024,8026,8031 e 8033).

Anexo II

Relatório preliminar de atividades do Projeto "Localização de serviços de saúde em áreas urbanas: subsídios para o estudo do problema"

Equipe: Luiz Clemente Mariani Bittencourt (Coordenador)
Eneida Duarte Gaspar (Pesquisador Assistente)
Célia Maria Moreira de Souza (colaboradora)

Objetivos Gerais do Projeto:

Este estudo pretende analisar metodologias alternativas para o planejamento da localização de serviços de saúde, dentro de um sistema regionalizado. Para tanto, procura estudar os fatores que determinam a utilização de serviços de saúde pela população, enfocando-os a partir da produção dos serviços, da satisfação da demanda atendida e das necessidades da população.

Pretendendo criticar os critérios usualmente empregados para planejar a alocação de recursos de saúde, a análise constará de dois momentos:

- 1 - determinação da área de influência de diferentes tipos de serviços de saúde, analisando-se as relações entre os serviços e a população total da área.
- 2 - estudo da compatibilidade entre os cuidados de saúde oferecidos nos serviços, e as necessidades expressas pela população total e pela demanda atendida.

Pretende-se com isso verificar se a definição das áreas de influência dos serviços feita com base num padrão ideal de distância, tempo e custo do deslocamento do paciente ao serviço, é bastante para racionalizar a distribuição da demanda da rede de saúde, ou se existem outros fatores - sociais e econômicos - que limitariam as opções da demanda entre os serviços existentes na área. Pretende-se também estudar até que ponto o tipo de cuidado médico oferecido por um serviço de saúde é determinado a partir das necessidades da população residente na área em que ele se localiza, e até que ponto outros fatores contribuem para essa definição.

1 - Atividades do período

1.1 - Atividades previstas

Dentro do cronograma original do projeto, estavam programadas as seguintes atividades para o primeiro semestre

- 1º trimestre:

- . teste e correção dos questionários das instituições
- . aplicação dos questionários nas instituições
- . codificação dos questionários das instituições

- 2º trimestre:

- . tabulação dos questionários das instituições
- . avaliação e preparação dos resultados para o relatório parcial
- . preparação dos questionários da população
- . teste e correção dos questionários da população
- . aplicação dos questionários à população

1.2 - Atividades realizadas

Como não havia ainda sido, até o final de junho, aprovado o projeto, algumas atividades foram desenvolvidas através do Núcleo Central

- 1º trimestre:

- Análise de dados secundários sobre as instituições de saúde da área estudada. Foram coletados dados do Cadastro Hospitalar do Brasil, de 1973 e 1976; da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; do Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional da Secretaria Municipal da Fazenda do Rio de Janeiro; e de algumas Regiões Administrativas do Município do Rio de Janeiro. Foi feito um levantamento dos serviços de saúde localizados no Município, com suas características relativas a: tipo de cuidado de saúde prestado, tamanho e volume de atendimento, complexidade do serviço e forma de pagamento. O objetivo deste levantamento é permitir a escolha de áreas e de serviços para realização do trabalho de campo.

. Desenvolvimento dos indicadores para o estudo das instituições e da população, abrangendo as características dos serviços de saúde capazes de indicar para que tipo de cuidado médico eles estão voltados, e características sócio-econômicas da população que permitam analisar suas relações com os serviços de saúde.

. Preparação do questionário para as instituições (ver anexo 1). Este questionário abrange o estudo da demanda atendida pelos serviços de saúde, consistindo de informações sobre: características sócio-econômicas dos pacientes; distância, tempo e custo do transporte desde a residência e o local de trabalho até o serviço de saúde; morbidade; e motivos da procura do serviço utilizado.

. Desenvolvimento do quadro teórico do projeto. O primeiro ponto estudado foi o conceito de regionalização. Foi feito um levantamento de bibliografia referente a propostas teóricas, de órgãos oficiais (OPAS, OMS) ou não, e a relatos de experiências. A análise se voltou para identificar, entre as várias correntes de pensamento encontradas, os pontos básicos que caracterizam o modelo regionalizado de serviços de saúde. A partir desse modelo teórico, procurou-se pensar, em primeiro lugar, a forma como deve se dar, concretamente, a utilização dos serviços de saúde numa área urbana, segundo um modelo que se poderia chamar de "regionalização espontânea"; como seria determinada historicamente essa utilização; e como se poderia analisar a localização atual dos serviços de saúde através de uma visão histórica da atenção médica à população. Estes pontos formam o quadro teórico que é a base do modelo de análise proposto no projeto. Sua discussão e elaboração contou com a assessoria da Dra. Anamaria Tambellini Arouca.

- 2º trimestre:

. levantamento bibliográfico sobre a história e as características atuais da área estudada. Foi iniciada a 2ª etapa de trabalho teórico, que consiste em levantar a história do Município do Rio de Janeiro do ponto de vista da ocupação do espaço em função das atividades produtivas e das relações sociais aí desenvolvidas, estando em preparação um texto inicial para discussão.

2 - Produção

O quadro teórico desenvolvido está apresentado no texto "Localização dos serviços de saúde em áreas urbanas: considerações teóricas" (15 páginas). Ver Anexo 2.

A bibliografia selecionada está, por áreas, apresentada no Anexo 3.

3 - Observações

A aprovação do projeto somente em 11/07/78 impossibilitou o início do trabalho de campo, por não haver recursos para o pagamento de entrevistadores.

PROGRAMA DE ESTUDOS E PESQUISAS POPULACIONAIS E EPIDEMIOLÓGICAS

- PEPPE -

CONVÊNIO FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS
(FINEP)

PROJETO PEPPE 41.0 - LOCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREA URBANA.
O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

As informações aqui transcritas são de caráter confidencial e não podem ser utilizadas fora do âmbito do projeto PEPPE 41.0.

1 - NÚMERO DO REGISTRO NA PESQUISA _____ (não preencher)

A - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

2 - NOME DO SERVIÇO MÉDICO _____

3 - LOCAL DA ENTREVISTA: 1 - Unidade de internação
2 - Unidade externa

4 - ESPECIALIZAÇÃO DA UNIDADE:

- 1 - Não especializada
- 2 - Clínica Médica
- 3 - Cirurgia Geral
- 4 - Pediatria/Puericultura
- 5 - Obstetrícia
- 6 - Psiquiatria
- 7 - Imunização
- 8 - Emergência
- 9 - Especialidades clínicas
_____ (especificar)
- 10 - Especialidades cirúrgicas
_____ (especificar)

B - CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE _____

NÚMERO DO PRONTUÁRIO MÉDICO _____

5 - SEXO : 1 - Masculino
 2 - Feminino

6 - IDADE : _____

7 - ESTADO CIVIL : 1 - Solteiro
 2 - Casado/Cohabitando
 3 - Separado/Desquitado
 4 - Viúvo

8 - NÍVEL DE INSTRUÇÃO: _____ (série e curso)

C - DISTÂNCIA, TEMPO E CUSTO DO TRANSPORTE AO SERVIÇO

9 - ENDEREÇO PERMANENTE DE RESIDÊNCIA:

rua/av _____ nº _____ bairro _____
cidade _____ município _____ estado _____

10- ENDEREÇO PROVISÓRIO DE RESIDÊNCIA DURANTE O TRATAMENTO:

1 - o mesmo do permanente
2 - outro

rua/av _____ nº _____ bairro _____
cidade _____ município _____ estado _____

11- MEIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS PARA ESTA VINDA AO SERVIÇO:

meio de transporte	tempo gasto	custo
Total		

12 - LOCAL DE ONDE VEIO PARA O SERVIÇO

- 1 - Diretamente de casa
- 2 - Diretamente do trabalho
- 3 - Outros locais

13 - LOCAL PARA ONDE VAI APÓS A CONSULTA (SOMENTE PARA AMBULATÓRIO):

- 1 - Diretamente para casa
- 2 - Diretamente para o trabalho
- 3 - Outros locais

D - MOTIVO DA VINDA AO SERVIÇO

14 - QUEIXA PRINCIPAL _____

15 - MOTIVO PELO QUAL A QUEIXA PRINCIPAL LEVOU À PROCURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA _____

16 - GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO À QUEIXA PRINCIPAL:

- 1 - pequena
- 2 - média
- 3 - grande
- 4 - ignorada

17 - MOTIVOS PELOS QUAIS PROCUROU ESTE SERVIÇO POR ESTA QUEIXA:

	sim	não
1 - Recomendado por pessoa não ligada ao setor saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Recomendado por médico particular ou de outra Instituição de Saúde (exceto do local de trabalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Encaminhado através de "guia de referência" por médico do local de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Encaminhado através de "guia de referência" por médico de outra Instituição de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Experiência própria anterior devida a outro episódio de doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Proximidade do local de residência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Proximidade do local de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Convênio com a empresa em que trabalha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - Proximidade do local em que passou mal (para casos agudos)

10 - Outros : _____ (especificar)

18 - NO CASO DE "EXPERIÊNCIA PRÓPRIA ANTERIOR", NA ÉPOCA DESTA EXPERIÊNCIA, ONDE MORAVA:

- 1 - O mesmo endereço permanente
- 2 - Outro

rua/av _____ nº _____ bairro _____
cidade _____ município _____ estado _____

E - TRABALHO.

19 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL (DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE)

20 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL DO CHEFE DA FAMÍLIA (DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE)

21 - NOME E ENDEREÇO DO PRINCIPAL LOCAL DE TRABALHO DO ENTREVISTADO:

Nome _____
rua/av _____ nº _____ bairro _____
cidade _____ município _____ estado _____

22 - PRINCIPAL RELAÇÃO DE TRABALHO NESTA OCUPAÇÃO

- 1 - empregado
- 2 - empregador
- 3 - autônomo
- 4 - não remunerado

23 - NÍVEL DE GANHOS MENSAIS DO GRUPO FAMILIAR:

Cr\$,

24 - NÚMERO DE PESSOAS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR:

F - FORMA DE PAGAMENTO DO ATENDIMENTO

25 - QUAL A SUA COBERTURA PARA ESSE ATENDIMENTO MÉDICO ?

- 1 - INPS
- 2 - FUNRURAL
- 3 - Convênio-Empresa
- 4 - Seguro privado
- 5 - Pagamento direto
- 6 - Atendimento gratuito

G- DIAGNÓSTICO

26 - DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO : _____

27 - DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO : _____

28 - DIAGNÓSTICO FUNCIONAL : _____

29- DATA DA ENTREVISTA :

30- ENTREVISTADOR _____

Localização dos serviços de saúde em áreas urbanas: considerações teóricas.

Luiz Clemente Mariani Bittencourt
Eneida Duarte Gaspar.

1. A produção e o consumo do cuidado médico

Estudando os métodos de análise e de organização de serviços de saúde que vêm sendo usados habitualmente, observamos que em geral esses trabalhos pressupõem a idéia de que um conjunto de serviços de saúde, limitado numa área geográfica, é um complexo que permite acesso homogêneo por parte da demanda, e visa atender a um tipo de necessidade que, comumente, é definida de forma muito abstrata - a saúde; e que, uma vez que os serviços são igualmente acessíveis para todos, todas as pessoas que vivem na área terão igual oportunidade de atendimento de acordo com suas necessidades. Então, a relação entre a capacidade instalada total e a população total da área, dará a medida do grau em que as necessidades de saúde dessa população estão sendo atendidas (Barr, 1957; Navarro, 1970; Pugliesi, 1971; Navarro, 1971).

Essa posição é a consequência de se ver a saúde como uma condição abstrata - a Saúde - inerente a um homem abstrato - o Homem - e não como um fato histórico e concreto na vida de homens concretos e históricos; ou seja, como um produto das relações do homem com o mundo em que vive e, portanto, um produto da sociedade, tanto ao ser conceituada quanto ao ser vivida. A saúde é também a condição essencial em sua individualidade que lhe permite esta ação; são os valores vitais que caracterizam a normatividade da vida, isto é, de acordo com Canguilhem (1971), os padrões de funcionamento do organismo que são compatíveis com a sua preservação enquanto unidade orgânica, em função de seu próprio potencial biológico e das condições do ambiente com que se relaciona. É a forma como aquele organismo age para sobreviver dentro de determinadas condições ambientais. O homem, ao existir no mundo, ao garantir sua sobrevivência, transforma esse mundo através do trabalho. Então, a saúde, que é um produto da ação do homem no mundo (da sua relação com esse mundo), tem também a característica de ser um instrumento para todo o trabalho do homem.

2.

Pode-se supor, então, que não há um conceito único a "verdadeiro" de saúde; o que é saúde, em cada tempo e em cada lugar, é uma definição que depende de como o grupo humano que vive " nesse tempo e nesse lugar, se relaciona com o mundo, que tipo de trabalho realiza, que necessidades sente, como se vê dentro do mundo, como pensa que deve viver (Souza, 1976). Depende das necessidades concretas de manter um nível de produtividade orgânica e da sensação de satisfação decorrente da vivência de experiências: desde as necessidades mais flagrantes de realizar um trabalho até as mais sutis de dedicar-se a atividades intelectuais, de passear, de gozar os vários recursos de bem estar, satisfação e desenvolvimento produzidos pela sociedade.

Em alguns momentos da sua vida, o homem se define como doente; restrições à sua capacidade potencial de viver como habitualmente vive, atingiram um tal nível, que há uma mudança qualitativa no modo como ele se vê frente ao mundo. Sua vida não é mais como deve ser; seu corpo não está mais como deve estar. Ele vai então buscar meios de recuperar a saúde perdida; e estes meios, a própria sociedade - através de práticas institucionais e organizações paralelas - os organiza de acordo com o modo como vê as necessidades de saúde de seus componentes, e portanto de acordo com a maneira como é visto o homem, sua importância, como ele deve ser mantido e para que tipo de atividade deve ser mantido, conforme o lugar que ocupa e o trabalho que realiza dentro do grupo social. Isto quer dizer que a organização da atenção médica segue um objetivo de reprodução da organização social em que se insere, tanto material, garantindo a existência de trabalhadores, como ideológica, aparecendo como produto social apropriado pela população em geral.

No modo de produção capitalista se dá uma exploração intensa da natureza, com a produção de mercadorias sobre cujo valor é tirado um lucro que é apropriado pelo dono dos instrumentos que serviram à sua produção (as máquinas, a matéria prima, o capital movimentado). Essa exploração intensiva, e o conseqüente crescimento da produção, é permitida pela concentração do lucro da venda dos produtos nas mãos de uns poucos proprietários; e isto é feito às custas da utilização do trabalho de muitas pessoas que possuem, como instrumento de produção, apenas sua força de trabalho, que vendem ao dono dos demais instrumentos. Assim, a saúde que tem um valor de

3.

uso para cada indivíduo, tem para o trabalhador um valor de troca: no momento mesmo em que ele a incorpora, passa a pesar na composição do valor da força de trabalho (Arouca, 1975).

A força de trabalho, se por um lado é a própria expressão da vida produtiva do trabalhador (seu potencial de trabalho), por outro lado é uma mercadoria comprada pelo capitalista para servir como instrumento de produção. A força de trabalho - vendo-se o trabalhador como uma "máquina" integrante do processo de produção - é criada e mantida utilizando o trabalho consumido em determinados setores produtivos tais como a produção de alimentos, a construção civil, a indústria farmacêutica; estes se desenvolvem de acordo com as necessidades do processo produtivo global. Portanto embora se manifeste, em última análise, num potencial biológico individual, a produção da força de trabalho não é uma responsabilidade ou uma prerrogativa do trabalhador individual; ao contrário, resulta da incorporação de uma parte do trabalho total da sociedade, como é definida pelas necessidades da produção. Isto quer dizer que o trabalho, de acordo com o tipo de trabalho que realiza, poderá manter sua vida por um período e em condições que não são definidas por ele, mas por quem investe na produção da força de trabalho. Dentro da visão capitalista, o trabalhador não é um indivíduo autônomo, livre para fazer o uso que quiser de sua força de trabalho; mas um organismo em que se realiza um potencial energético nele investido sob a forma de alimentos, repouso, higiene, cuidados de saúde, treinamento para tarefas, e transformado em valores vitais que permitem atingir padrões de comportamento necessários à atividade produtiva.

O objetivo do capitalismo, em relação ao trabalhador do qual foi comprada a força de trabalho, será então permitir-lhe o consumo dos produtos que o mantenham por uma unidade de tempo, unidade essa pela qual ele vendeu sua força de trabalho - ou seja, durante a qual seu corpo estará incorporado ao processo produtivo. A produção da força de trabalho é uma etapa intermediária no processo produtivo da sociedade capitalista, situada entre a produção das mercadorias necessárias para a criar e manter e a dos bens em cuja produção ela é consumida como instrumento. Considerando-se a força de trabalho como um instrumento ativo, isto é, energia já comprada; e não pensando só na lei geral de reprodução da força de trabalho, quem investe na produção da força de trabalho é o próprio capitalista: o salário é a parcela do capital investida neste tipo particular de ins-

4.

trumento. Apenas, não é o capitalista que compra diretamente os produtos para fabricar esse instrumento, mas põe o dinheiro na mão de um indivíduo que realiza por ela essa operação.

O valor de qualquer mercadoria equivale aos valores das mercadorias que foram usadas para produzi-la, ou que podem ser trocadas por ela (Braga, 1978). A soma dos valores dos bens necessários à produção e conservação da força de trabalho equivale ao valor da força de trabalho como mercadoria; é o que o trabalhador deve ganhar por seu trabalho durante um período para manter-se produtivo nesse mesmo período - não importando que seu trabalho produza uma quantidade de valor muito maior do que a que ele recebeu. Dentro da visão capitalista, então, tanto a comida, a casa, a rede de esgotos, como as atividades de lazer e as ações de saúde, aparecem como mercadorias cujos valores compõem o valor da força de trabalho. O salário e os benefícios sociais não são, deste ponto de vista, o pagamento de um trabalho realizado (a apropriação do valor desse trabalho), mas sim a compra de uma mercadoria - a força de trabalho - que fica, pelo período correspondente ao salário, a serviço de quem o paga.

O valor da força de trabalho é pago não só pelo salário, como nos outros benefícios a que o trabalhador tem direito como complementação do pagamento. A qualidade e quantidade desses benefícios corresponderão no mínimo ao necessário para realizar o objetivo de manter os indivíduos em condições produtivas. O limite mínimo, tanto do salário quanto dos benefícios sociais, será a sobrevivência física dos indivíduos; o valor deles em cada momento, isto é, a parcela do capital que é investido na produção da força de trabalho, depende não só das condições de escassez ou abundância dessa força, como da sua organização para exigir um melhor pagamento, de tomada de consciência de sua condição humana e conseqüentemente de seu direito a se beneficiar com o produto que ajudou a criar.

A produção e manutenção da força de trabalho é um dos objetivos da produção de cuidados médicos dentro da organização capitalista (Arouca, 1975); o serviço de saúde pode ser visto como uma unidade produtiva constituída por um conjunto de instrumentos - o saber e a tecnologia médica - que realizarão esse objetivo através da atuação sobre as características orgânicas dos indivíduos de modo a modificar valores vitais de forma tal que garanta a manutenção da população dentro de limites aceitáveis de variação em torno da "normali

dade" definida na época; essa normalidade depende tanto das necessidades de rendimento orgânico para as atividades produtivas existentes - o tipo de máquinas, a fonte de energia etc - como da forma como é visto o homem em relação à sociedade: que padrão de comportamento individual é compatível com a manutenção da organização social.

Porém não existem na sociedade somente serviços destinados a produzir e manter a força de trabalho - embora esse seja um objetivo básico de sua produção social. Os serviços têm diferentes formas de organização e apresentação, tantas quantas são as forças sociais que participam do processo produtivo. Cada uma dessas forças - cada grupo que tem uma forma de inserção no processo de produção - aparece para a sociedade toda com uma imagem própria, que abrange desde o estado de nutrição de cada indivíduo até a ideologia do grupo. A imagem de cada grupo e a própria necessidade de que ele se mantenha em condições de realizar suas atividades dentro do processo produtivo, determinam que a sociedade normatize o tipo de serviços que o grupo pode e deve consumir. Se os setores que participam com o trabalho assalariado recebem cuidados para continuar capazes de realizar esse trabalho, aqueles que se apropriam do produto do trabalho também se apropriam da saúde. Se a apropriação da mais valia é o que permite ao capitalista usufruir os benefícios que a sociedade produz em seu tempo, também a aquisição da saúde, como a de instrução e outros bens, se incorporam ao processo de extração de lucro na medida em que é o desgaste físico do trabalhador que permite a preservação do proprietário; que é o empobrecimento daquele que permite o enriquecimento deste; que é o trabalho somente manual do primeiro que permite o trabalho puramente intelectual do segundo; que é a atividade produtiva de um - valores de uso dos bens consumidos imediatamente transformados em valores de troca na composição do valor dos bens produzidos - que permite a atividade não produtiva do outro - valores de uso realizados na satisfação de necessidades individuais, não se reincorporando ao processo produtivo. Satisfazer a necessidade de máximo desenvolvimento do potencial vital permitido pelos recursos disponíveis na época; incorporação de novos valores que ampliem as possibilidades da vida - este seria, então, o objetivo da prestação de cuidados de saúde à classe proprietária dos meios de produção.

Setores que se aproximam de um ou de outro dos polos descritos dentro da organização das forças produtivas - trabalhadores mais ou menos especializados; comerciantes; intelectuais; burocratas -

6.

terão modos de sentir, necessidades e formas de satisfazê-las, que de modo geral correspondem à sua inserção nas relações de produção e à necessidade de sua aceitação e apoio ao modelo político dentro do qual está vivendo.

Um outro objetivo dos serviços de saúde refere-se à sua posição dentro do processo produtivo. Esse tipo de serviço, como unidade produtiva, é consumidor de produtos da indústria farmacêutica e de instrumental médico e, portanto, sua atividade está condicionada pela possibilidade de garantir o crescimento deste ramo da produção. Ainda estamos pensando no sistema capitalista; a produção está voltada para as mercadorias de maior liquidez e que permitam maior lucro a curto prazo. Isso condiciona o tipo de instrumental utilizado: entre as alternativas de possibilitar a setores cada vez mais amplos da população o consumo de um material pouco variável ou de levar ao consumo de material de curta vida útil e rapidamente modificado em detalhes, esta segunda, considerando-se a manutenção de amplos setores da população com baixo poder aquisitivo, é a que se mostra mais rentável; orienta-se a organização dos serviços segundo padrões de tecnologia impostos pela indústria de equipamentos, à qual interessa um consumo crescente de material que deve ser rapidamente substituído e que tem alto custo. A consequência disto é a oferta de serviços caros e sofisticados, e o abandono do desenvolvimento de uma infraestrutura para os serviços, o que faz com que grande parte deles seja ineficaz e desaparelhada, apenas com uma aparência de sofisticação. Então, da mesma forma como a ação de saúde vista como objeto consumido não corresponde (pelo menos para todas as classes) às necessidades de desenvolvimento humano mas sim à produção da força de trabalho e à busca de controle social sob a forma de "normalidade", também a ação de saúde como produção baseada no consumo de outros bens não as satisfaz, pois seu objetivo neste caso é garantir a reprodução do capital aí aplicado.

Conclui-se, então, por uma modificação no conceito inicial: como todo produto social, dentro do sistema capitalista, a assistência médica, além de funcionar como redistribuidora dos bens produzidos e garantia dos direitos básicos embora abstratos das pessoas, volta-se basicamente para um objetivo econômico: dentro do objetivo mais geral de garantir a viabilidade do modo de produção, ela pretende especificamente, ao voltar-se para o trabalhador, garantir a produtividade do instrumento que é a força de trabalho; e, ao consu-

mir equipamentos e medicamentos, viabilizar a reprodução do capital investido no setor saúde. A saúde é também um instrumento, produzido de conformidade com as necessidades do modo de produção. Por isso existirão diferentes tipos de cuidado médico, dirigidos para as várias classes. Porém, estes diferentes usos dos serviços prestadores de ações de saúde poderão se tornar mais distanciados ou, ao contrário, mais semelhantes, conforme esteja se dando a influência da indústria de equipamentos médicos sobre a organização dos serviços. Pode-se supor que essa indústria se concentre no aparelhamento de uns poucos serviços altamente sofisticados e caros, destinados a uma população que os paga diretamente; ou, ao contrário, que esteja impondo determinados padrões de funcionamento a todos os serviços de saúde, que servem a todas as classes - embora o seguimento desse padrão não implique em eficiência do serviço, uma vez que a sofisticação não pressupõe a formação de infraestrutura.

2. A organização dos serviços de saúde

A partir das idéias expostas, pode-se repensar o problema da localização dos serviços de saúde.

Embora o cuidado com a saúde seja uma ação básica do homem, uma ação instintiva de conservação da vida, exercida de muitos modos diferentes estamos nos referindo neste estudo apenas ao cuidado médico oficial, isto é, aquele que é prestado por profissionais a quem é oficialmente reconhecida a legitimidade dessa prática; e que tem um espaço próprio para realização, também definido de acordo com a organização social.

A própria distribuição geográfica dos serviços se dá num espaço que não é neutro, mas compreende uma organização social baseada nas relações de trabalho existentes entre seus componentes.

A fixação de um grupo humano numa região, e a forma como se faz essa fixação, dependem em princípio das condições naturais - do substrato físico que esse grupo aí encontra (LABASSE, 1973); mas a própria fixação e o processo de organização, quando os homens trabalham utilizando os recursos da região para viver, transformam a natureza; essa transformação dependerá do tipo de relação que os ho-

mens estabelecem com os objetos, de acordo com as finalidades definidas do seu trabalho: cultivo ou produção, destruição ou conservação. Por sua vez, a própria transformação criará novas necessidades de organização.

Se o cuidado de saúde é um bem de consumo, vendido pelos serviços de saúde à população, estes serviços, conforme existem numa dada organização social, refletem as necessidades e interesses na área de saúde dessa organização. Não estão, portanto, igualmente acessíveis, integrados e atendendo igualmente a toda a população; mas se caracterizam por um tipo de organização interna, um tipo de produto oferecido e uma localização decorrentes do objetivo que orienta sua produção e das condições de mercado a que estão sujeitos. Do objetivo de sua atividade produtiva enquanto são produtores de um bem (o cuidado-de saúde) que permite a existência dos outros setores da produção através do controle da produtividade da força de trabalho; e ao qual, portanto, os diversos setores da população terão diferentes acessos de acordo com sua atividade no processo de produção. Das condições de mercado, enquanto são dependentes da possibilidade de consumo do seu produto pela população e da existência de determinados produtos e instrumentos que permitam a realização de sua atividade produtiva.

Nos primeiros tempos de existência de uma povoação, desde que ela começa a ter certa importância dentro da rede urbana do país, já chega o profissional de saúde, já se monta um serviço de saúde, com características relacionadas às da região. Assim, os hospitais voluntários se concentram nas áreas de concentração de trabalhadores, como a zona portuária das cidades do litoral; os hospitais da Previdência, próximo aos bairros onde se concentram os segurados; os asilos nas regiões periféricas; os médicos particulares atendem no domicílio aos que podem pagar seu cuidado. De modo geral, observa-se uma tendência histórica de se localizarem os serviços nas áreas mais importantes econômica e politicamente (Santos Filho).

Conforme o núcleo urbano vai crescendo, os serviços se expandem seguindo as linhas de deslocamento da população, de acordo com as atividades produtivas que se desenvolvem e determinam novas formas de ocupação do espaço. A localização de um serviço num dado momento atende não só ao tipo de cuidado médico a que a população da área tem acesso, como à possibilidade de consumo do tipo de serviço oferecido.

Um núcleo urbano extenso e complexo como o Rio de Janeiro tem uma rede de saúde que, neste momento, reflete o resultado das etapas históricas por que passou a organização espacial da região. Diferentes tipos de serviços correspondem a sobrevivências de diferentes orientações de políticas de saúde; múltiplas instituições são responsáveis por setores distintos da rede de serviços; grupos da população têm diferentes possibilidades de acesso aos serviços. A essas características se somam as tendências dominantes da atenção médica: especialização, concentração nos pontos mais centrais, tecnificação de uma conduta predominantemente curativa, baseada em diagnóstico e terapêutica, e portanto exigindo instalações complexas. Essas tendências orientam o tipo de clientela que terá acesso aos serviços complexos, especializados e de alta tecnologia e, portanto, caros; por outro lado, aprofundam a contradição entre as necessidades dominantes no complexo saúde-doença da população e as soluções técnicas oferecidas.

É importante o papel do setor privado, em primeiro lugar na prestação do cuidado médico, tanto de forma direta como através de convênios com instituições estatais; e como produtor de medicamentos e equipamentos que orientam a organização do setor saúde.

Pode-se supor que, numa organização social sem as limitações rígidas de tipos de divisão com segregação social e espacial dos vários setores da população, os serviços que atendem a essa população seguem sua organização espacial: num mesmo espaço estarão superpostas as demandas de diversas redes de serviços de saúde, que coexistem nesse espaço, podendo-se definir o conjunto constituído pelo serviço e a demanda segundo a posição social do serviço e do setor da população que constitui sua demanda.

Isto quer dizer que um serviço de saúde se organiza, quanto à sua constituição técnica e às atividades que realiza, menos levando em consideração a necessidade de complementar as ações dos outros serviços existentes na área em que ele se implantou, do que as necessidades e possibilidades de consumo de um setor da população a que ele se destina. Então, uma rede de serviços de saúde localizada numa área, consistirá de diferentes tipos de serviços destinados ao atendimento de diferentes grupos da população. Como estes grupos não estão distribuídos espacialmente de forma estanque, mas se interpenetram, pode-se supor que o mesmo ocorre com as redes

da serviços de saúde.

É possível, porém, que atualmente não se encontrem diferenças marcantes quanto ao equipamento utilizado e o tipo de cuidados prestados à população pelos serviços de saúde de área urbana; responsável por isso, ao menos em parte, será a imposição do consumo de determinado tipo de instrumental e de certos padrões de conduta que favoreçam o crescimento da indústria de equipamentos médicos e medicamentos tal como está atualmente organizada; também influencia a recente tendência à busca de uma "racionalidade" baseada em princípios administrativos que visam a redução das despesas.

Desde o século XIX, mudanças importantes começam a ocorrer na organização de saúde em vários países. Dois fatos aparecem como principais determinantes da mudança: o primeiro é o projeto da Medicina Preventiva como meio de controle da vida dos trabalhadores, necessário para criar um trabalhador de novo tipo, que se adapte física e psiquicamente ao ritmo da moderna produção industrial. Para isso, torna-se necessária a expansão dos serviços de saúde centrados em cuidados primários, ações preventivas e educação. O segundo fato é a crise econômica que se espalha por todo o mundo capitalista durante o século XX, começando na 1ª. Guerra Mundial e agravando-se com a 2ª.; as idéias de racionalização administrativa que aí surgem - redução dos gastos com maximização dos resultados - atingem o setor saúde, e assim começam a ser elaborados projetos de planificação em saúde. Alguns são aplicados a diversos países (Inglaterra, Suécia, EUA), e outros são propostos por organizações internacionais (OPAS, OMS) para outros - na América Latina, África e Ásia. A idéia central é permitir a toda população o acesso ao cuidado de saúde a que tem direito, mas partindo da premissa de que os recursos para tal são escassos; portanto é necessário definir prioridades, planejar e simplificar os serviços. É importante não duplicar os serviços, utilizar mais os serviços baratos que os caros e reduzir o aparato administrativo, criando diferentes níveis de organização que permitam o desafogo da estrutura burocrática central. Essa linha de planejamento chega a uma proposta de regionalização dos serviços de saúde, caracterizada pela extensão dos serviços simplificados, coordenação entre diferentes níveis hierárquicos de atenção e descentralização administrativa e técnica - que não implica necessariamente em descentralização das decisões. Em geral, é considerada indispensável a participação da popula

ção, vista como a aceitação dos programas e realizações de ações simples de saúde como mão de obra de baixo custo (OPAS, 1976).

Porém essa proposta traz em seu interior uma contradição entre a organização dos serviços determinada a nível central, e os problemas de saúde tais como se apresentam a cada unidade de prestação de cuidados médicos; entre a racionalidade necessária ao funcionamento de cada serviço e a determinada nos níveis superiores da estrutura de saúde. Com base nesta crítica, surge outra linha de planejamento que privilegia as necessidades existentes (ROSAS, 1977.), definindo como objetivo básico aproximar os serviços de saúde da população de acordo com suas necessidades. Aqui também se chega a uma proposta de regionalização, porém preocupada primordialmente em criar serviços que cubram a maior parte possível das necessidades definidas - e para isso precisa abranger formas de manifestação dessas necessidades; que sejam de fácil acesso; que se integrem num plano de saúde geral resultante de trabalhos locais e regionais que envolvam toda a população na tomada de decisões; e que se organizem de modo a permitir uma utilização racional dos recursos a neles destinados.

O êxito de um ou outro enfoque depende, é claro, do contexto mais geral que define as grandes linhas da política de saúde que adota a regionalização como instrumento para a regionalização da rede de serviços.

3 - Modelo de análise de uma rede de serviços de saúde.

Da análise das várias idéias sobre regionalização, podemos retirar alguns pontos básicos que caracterizam, na sua forma mais abstrata, esse modelo de organização de serviços de saúde:

- a - Existência de uma rede de serviços cuja distribuição espacial permita o atendimento de maneira hierarquizada a todos os níveis de atenção à saúde, de modo acessível a toda a população.
- b - Organização dos serviços de modo que seu funcionamento integrado faça com que se completem reciprocamente através de mecanismos de referência entre os diferentes níveis de atenção.
- c - Administração integrada da rede de serviços.

d - Definição de vários níveis de decisão, desde os mais centrais ligados à política de saúde, até os mais locais ligados às necessidades da área atendida, supondo a participação da população nas ações de saúde, seja ao nível de tomada de decisões, seja apenas aceitando e utilizando os serviços oferecidos.

Como já foi dito, estas idéias compõem o modelo abstrato mais geral. Sua operacionalização em distintas situações, orientadas por diferentes políticas de saúde, determinará as características particulares de cada projeto.

Pode-se dizer, no entanto, que o modelo teórico não funciona, ou não existe na realidade: que não há integração entre os serviços de uma área, nem "racionalidade" na forma como a população é atendida. Isto ocorre porque a utilização atual dos serviços de saúde pela população é resultante, por um lado, da maneira como essa população ocupou o espaço em que vive e como aí evoluíram as relações sociais, resultando na sua organização atual; e por outro lado, da história da localização dos serviços de saúde, desde sua destinação e organização primitiva, até suas características atuais, que seguiram ou não as mudanças da população.

O confronto do modelo teórico com a realidade permite observar, numa região metropolitana como o Rio de Janeiro - com toda a complexidade das relações a que sua população está submetida e com toda a sua história - algumas características importantes da interação da população com os serviços médicos:

a - 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 determina os hábitos de utilização dos serviços de saúde pela população.

b - ausência de uma definição formal quanto aos níveis de atendimento das várias instituições de saúde, incluindo-se aí principalmente os hospitais de vários níveis.

c - facilidade de acesso pela população a uma grande variedade de instituições, devido à relativa disponibilidade de transportes urbanos.

d - conhecimento pela população de uma grande variedade de instituições à sua disposição, e possibilidade, através de informações pes -

soais ou dos meios de comunicação, de escolher não só o melhor hospital mas também o melhor serviço.

e - existência, formal ou informal, de mecanismos de referência de instituições de nível hierárquico inferior ou de médicos isolados para os serviços mais complexos.

f - utilização diferencial dos serviços médicos pela população, havendo tendência à menor utilização por aqueles mais distantes dos serviços e conseqüente concentração da demanda atendida nas áreas mais próximas aos mesmos.

g - utilização diferencial dos serviços pelos diferentes estratos demográficos e econômicos da população, devido às suas possibilidades de acesso e características culturais.

Um projeto de reorganização da rede de serviços de saúde, com base na regionalização, traz a necessidade, em primeiro lugar, de definir quais serão as atribuições de cada serviço: que tipo de cuidado ele prestará e a que população atenderá ou qual será sua área de influência. Têm sido usados, para conhecer a disponibilidade de cuidados de saúde numa área e para avaliar as necessidades presentes e futuras, medidas da capacidade instalada, do número de serviços e do volume da demanda atendida. Essas medidas são relacionadas com o total da população da área, a qual é então dividida em setores, segundo critérios de distância dos serviços, ficando cada setor vinculado aos serviços que nele existem.

A importância do fator distância, e da presença ou ausência de serviços, é flagrante nas áreas rurais, onde a população é esparsa, os serviços poucos e as distâncias grandes. Porém, numa área urbana, com as características já discutidas, surgem algumas perguntas acerca da organização real dos serviços na região:

a - Como estão distribuídos os serviços de saúde e que tipo de cuidado cada um deles oferece?

b - Porque eles estão atualmente distribuídos desta forma?

c - Quais as possibilidades teóricas de acesso, geográficas e econômicas, aos serviços?

d - Quem usa realmente os diferentes serviços?

e - Porque os pacientes procuram o serviço?

f - Qual é a relação real entre o serviço e a região em que ele se localiza?

g - Qual a relação teórica e a real entre os vários serviços de uma região?

h - Qual a relação entre a organização real dos serviços e as necessidades de saúde da população, admitindo-se um sistema regionalizado?

i - Que nível de decisão, na prática, está definindo a organização dos serviços, quanto às necessidades a serem atendidas e ao tipo de cuidados oferecidos?

Todas essas perguntas compõem uma grande questão: o diagnóstico da qualidade da atenção médica dada a uma população pode ser feito através da relação bruta entre totais de capacidade instalada e totais de população, ou deve partir da análise dos fatores determinantes da criação e da utilização dos serviços de saúde?

Propomos uma metodologia alternativa para o estudo do problema, que abrange a análise de quatro conjuntos de fatores envolvidos na determinação da prática dos serviços de saúde numa região:

a - O processo de ocupação do espaço, visto como a forma pela qual o tipo de atividades produtivas realizadas, e as consequentes relações a que a população está submetida, determinam a localização, a conformação e a expansão dos núcleos populacionais, e a distribuição dos vários setores da população por esses núcleos, configurando um distribuição espacial de diferentes padrões de consumo.

b - A criação dos serviços de saúde, que deve obedecer ao uso que no momento está sendo feito do cuidado de saúde para satisfazer as necessidades do modelo econômico e para aliviar áreas de tensão social; e que, portanto, deve mostrar os diferentes tipos de serviços que aparecem segundo a conjuntura em que surgem, o local em que são criados e a população a que se destinam.

c - A organização atual dos serviços de saúde, vistos estes serviços como fornecedores de um produto a ser consumido pela população. Portanto, o padrão de consumo de cuidados de saúde deve se relacionar com o padrão de consumo de outros bens, não só quanto ao acesso ou não aos serviços, como ao tipo de serviço utilizado: voltado para cuidados gerais ou especializados; muito ou pouco complexo; com pagamento mais ou menos direto.

d - A utilização real do serviço vai depender da forma como o serviço se relaciona com a área em que se localiza: a densidade populacional, as características demográficas e econômicas da população, as características de acessibilidade geográfica e de competição com outros serviços da área.

A comparação das características da demanda atendida com as da população da área de que ela se origina; a comparação entre as necessidades manifestas pela demanda e o tipo de instrumental de que o serviço dispõe para o atendimento, e entre esse instrumental e as necessidades manifestas pela população da área; e o conhecimento do padrão de utilização de serviços de saúde pela população da área, podem permitir conclusões sobre:

a - O que representa cada serviço de saúde dentro da rede da região em que se localiza.

- Qual é a área de influência do serviço e, nessa área, que setor da população constitui sua demanda.

c - Que fatores estão determinando a procura dos serviços pela população.

d - Qual é a relação entre as necessidades de saúde manifestas pela população e os cuidados médicos que lhe são oferecidos.

* * *

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

- 1 - AROUCA, A.S.S. - O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas. 1975.
- 2 - BARR, A. - The Population Served by a Hospital Group. Lancet, 7005: 1104 - 1108, nov. 30, 1957.
- 3 - BRAGA, C.S. - A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Economia e Planejamento Econômico da UNICAMP. Campinas, 1978.
- 4 - CANGUILHEM, G. - Lo normal y lo patológico. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971.
- 5 - LABASSE, J. - La organización del espacio. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1973
- 6 - NAVARRO, V. - Planificación para la distribución de los servicios personales de salud. Cuad Salud Publ, 4/5: 17 - 30, jul 1969/jun 1970.
- 7 - NAVARRO, V. - Metodología sobre planificación regional de servicios de salud. Estudio de un caso: Suecia. Cuad Salud Publ, 6/7: 25-35, jul 1970/ jun 1971.

- 8 - OPAS. - Procesos de extensión de la cobertura de servicios de salud - Tema 18 del proyecto de programa: El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de la cobertura. Washington, 1976 (Discusiones Técnicas).
- 9 - PUGLIESI, C. et alii. - Inquérito sobre assistência hospitalar no município de Salvador (Bahia), Brasil. R. Saúde Publ. São Paulo, 5 (1) : 1-16, jun 1971.
- 10- ROSAS, E.J, SOUZA, C.R.M. & GASPAR, E.D. - Saúde e saneamento: as condições do Rio de Janeiro. Documento apresentado na I Semana de Debates sobre o Rio de Janeiro, 1977.
- 11- SANTOS FILHO, L. - História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo, HUCITEC, Ed. USP, 1977.
- 12 -SOUZA, C.R.M. et alii. - História do conceito de saúde. Trabalho apresentado no Curso Básico de Saúde Pública da ENSP, RJ, 1976.

/mhf/.

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

Regionalização em Saúde

- 1 - ABERNATHY, W.J & HERSHEY, J.C. - A spatial - allocation model for regional health services planning. Oper. Res., 20:629-642, 1972.
- 2 - ANDRADE, M.A.S. - Zoneamento das relações urbanas. Uma interpretação. Trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Planejamento Urbano, UFRJ, 1976.
- 3 - ARAÚJO, J.D, FERREIRA, E S M & NERY, G C. - Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a experiência do Estado da Bahia, Brasil. R. Saúde Pública, São Paulo, 7:1-19, 1973.
- 4 - BAILEY, N.T. - Statistics in hospital planning and design. Appl. Stat., 5: 146-157, 1956.
- 5 - BAILEY, T.J. - Queueing for medical care. Appl. Stat., 3: 137-145, 1954.
- 6 - BARR, A. - The population served by a hospital group. Lancet, 7005: 1104 - 1108 , nov. 30, 1957.
- 7 - BERNARDES, L. - Considerações sobre a Região do Rio de Janeiro. Rev. Brasil, Geog. , RJ, 4: 99-107, 1969.
- 8 - BLUESTONE, E.M. - Widening concepts of the general hospital. In: MILLS, A.B. Functional planning of general hospitals. New York, Mc Graw-Hill, 1969.
- 9 - BOSANAC, E.M, PARKINSON, R.C & HALL, D.S. - Geographic access to hospital care; a 30 - minutes travel time standard.

Med. Care, 14 (7): 616-624, jul. 1976.

- 10 - BRASIL. M.P.A.S. - Sistema Nacional de Saúde. Contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde" da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, ago. 1975.
- 11 - BRASIL - M.S / M.E.C / O.P.A.S. - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde. Programa Preliminar de Trabalho. 1976.
- 12 - BRAVO, A.L. - Regionalización :Organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol. Ofic. San.Pan., 77(3): 231-246, sep.1974.
- 13 - BRIDGMAN, R.F. - Theory of the rural hospital (p.37-72). In: The rural hospital, its structure and organization. Geneve, WHO, 1975 (monograph Series nº 21).
- 14 - BROOKS, C.H. - Associations among distance, patient satisfaction, and utilization of two types of inner-city clinics. Med. Care, 11(5): 373-383, sep./oct. 1973.
- 15 - CALINHMAN, S. - Alguns aspectos e concepções da estrutura urbana no século XX. Trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Planejamento Urbano, UFRJ, 1975.
- 16 - CALVO, A.B & MARKS, D.H. - Location of health care facilities: an analytical approach. Socio-Econ.Plan.Scie, 7: 407-422, 1973.
- 17 - CANGUILHEM, G. - Lo normal y lo patológico / Le normal et le pathologique / Trad. por Ricardo Potschart. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971.

- 18 - CASTELLS, M. - Problemas de investigación en sociología urbana. México, Siglo Veintiuno Editores (19-).
- 19 - CIOCCO, A & ALTMAN, J. - Medical services areas and distances traveled for physician care in Western Pennsylvania US Public Health Service. Public Health Monograph, nº 19, 1954.
- 20 - DROSSNESS, D.L & LUBIN, J W. - Planning can be based on patient travel. The Modern Hosp. , 106(4): 92-94, apr.1966.
- 21 - ELLIS, JR. - The regionalization of hospital services (p.338-348). In : GROOT, L J. Medical care. Social and organizational aspects. Springfield , E.E. Thomaz, 1966.
- 22 - FERRARA, F.A, ACEBAL, & PAGANINI, JM. - Medicina de la comunidad. (2^a ed.) Buenos Aires, Intermédica Editora,1976.
- 23 - FUNDAÇÃO I.B.G.E. - Divisão do Brasil em Micro-Regiões Homogêneas. Rio de Janeiro, I B G E., 1968.
- 24 - FUNDAÇÃO I.B.G.E. - Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas. Rio de Janeiro, I B G E, 1972.
- 25 - GLASSER, M.A. - Planning for hospital and extended care facilities: issues of public policy. Amer.Jour. Public Health, 57 (10): 1728-1734, oct. 1967.
- 26 - GONÇALVES, E.L. - Uma política integrada de saúde para o Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Publ., São Paulo,9: 169-179, 1975.
- 27 - GONÇALVES, E.N.D. - Regionalização: importância para as atividades de saúde. Trabalho de conclusão do curso de Mes-

trado em Saúde Pública da ENSP, Rio de Janeiro, 1968.

- 28 - GOTTMAN, J. - The impact of urbanization (p.23-36). In: KATZ, A.H & FELTON, J S. Health and the community. Readings in the philosophy and sciences of public health. New York, The Free Press. (19-).
- 29 - HAGGETT, P. - Análisis locacional en la geografia humana. Barcelona, Editora Gustavo Gili, 1976.
- 30 - HILLEBOE, H.E, BARKHUSS, A & THOMAS, W.C. - Approaches to National Health Planning. Geneve, WHO (Public Health Paper nº 46).
- 31 - KINCAID, A.D. - The role of the individual hospital in Regional planning (p.31-41). In: MILLS, A B. Functional planning of general hospitals, New York, Mc Graw-Hill Ed., 1969.
- 32 - KOMAROFF, A.L. - Regional medical programs in search of a mission. New Engl. Jour. Med, 284(14): 758-764, apr.1971.
- 33 - KOWARICK, L. - Estratégias do planejamento social no Brasil. São Paulo, 19 - (Cadernos CEBRAP nº 2).
- 34 - LABASSE, J. - La organización del espacio. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1973.
- 35 - LINDGREN, C.E.S, BARBOSA, E.F & PEPPERLE, R.T. - Hierarquia de centros na cidade do Rio de Janeiro. Rev. Brasil. Geog. , 38 (1): 83-123, jan-mar.1964.
- 36 - LLEWELYN-DAVIES, M.C & MACAULAY, - Planificación y administración de hospitales. Washington, OPAS, 1969 (Publ. Cient. nº 191).

- 37 - LUSK, E.J. - Regionalization : a framework for control. Hosp. Adm., 20 (2); 60-68, Spring 1975.
- 38 - MC NERMEY, W. - Discussion of opportunities and needs for epidemiology and health statistics in the United States.
In: WHITE, K L & HENDERSON, M M. Epidemiology as a fundamental science. New York, Oxford University Press, 1976.
- 39 - MEADE, J - A mathematical model for deriving hospital service areas. Int. Jour. Health Serv., 4(2): 353-364, 1974.
- 40 - MORRILL, R.L & EARICKSON, R. - Locational efficiency of Chicago hospitals : an experimental model. Health Serv. Res., 4 : 128-141, 1969.
- 41 - MOUTIN, J.W, PENNEL, E.H & HOGE, V.M. - Health service areas. Requirements for general hospitals and health centers. Federal Security Agency H.S. Public Health Service. Publ. ... Health Bull. nº 292, 1945.
- 42 - NAVARRO, V. - Planificación para la distribución de los servicios personales de salud. Cuad, Salud Publ, 4/5:17-30 , jul 1969/ jun 1970.
- 43 - NAVARRO, V. - Metodología sobre planificación regional de .. servicios de salud. Estudio de un caso: Suecia. Cuad.Salud. Publ., 6/7 : 25 - 35 , jul 1970/ jun 1971.
- 44 - OLIVEIRA, M.L. - Métodos gráficos e matemáticos para localização de indústrias através de minimização de custos de transportes e adequação à realidade com introdução de novos fatores utilizando um método para avaliação numérica de uma comunidade. R.Brasil.Geog., 38(1):3-82, jan/mar 1976.

- 45 - OPAS. - Coordinación de la atención médica. Washington, 1970.
- 46 - OPAS. - Sistemas de Salud. Washington, 1972 (Publicación Científica nº 234).
- 47 - OPAS. - Procesos de extensión de la cobertura de servicios de salud. Tema 18 del proyecto de programa: El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de la cobertura. Washington, 1976 (Discusiones Técnicas).
- 48 - PAGANINI, J.M & MATEO, J. - La accesibilidad a los recursos de atención médica en el área metropolitana. Cuad.Salud. Publ., 6/7 : 83-86, jul.1970/jun 1971.
- 49 - PUGLIESI, C. et alii. - Inquérito sobre assistência hospitalar no município de Salvador (Bahia), Brasil. R.Saúde Publ., São Paulo, 5 (1) : 1 - 16, jun.1971.
- 50 - PUGLIESI, C. - Estudo operacional do sistema de referência entre uma unidade sanitária e o Hospital Universitário Professor Edgard Santos. R. Saúde Publ. , São Paulo, 7 (2): 73 - 92, 1973.
- 51 - PULLEY, J.L & FULMER JR, J.G. - The optimal size hospital. Hosp. Adm. , 20 (2) : 16 - 29, Spring 1975.
- 52 - RAMOS, R. - A integração sanitária. Doutrina e prática. Trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Saúde Pública, U. São Paulo, 1972.
- 53 - RICHARDSON, J.D & SCUTCH FIELD, F.D. - Priorities in health care: the consumer's viewpoint in an Appalachian community. Amer. Jour.Public Health, 63 (1): 70-82, jan - 1973.

- 54 - ROBAYO, J.C. - El concepto de niveles de atención médica.
Washington, OPAS, 1976 (mimeo).
- 55 - ROEMER, M & MORRIS, RC. - Hospital regionalization in perspective. Publ. Health Reports, 74: 916-922, oct. 1959.
- 56 - ROSAS, E.J, SOUZA, C.R.M & GASPAR, ED. - Saúde e saneamento: as condições do Rio de Janeiro. Documento apresentado na I Semana de Debates sobre o Rio de Janeiro, 1977.
- 57 - ROSENFELD, E.D. - Regional planning and community services
In: MILLS, A.B: Functional planning of general hospitals.
New York, Mc Graw-Hill Ed, 1969.
- 58 - ROSENFELD, E.D. - Area Wide planning contains costs and institutional agencies and hospitals equate regional and institutional needs. Hosp. J.A.H.A, 46:36-47, feb. 1972.
- 59 - SANT'ANNA, M.D-C.C. - Elaboração de um modelo de estrutura espacial para o sistema administrativo do novo Estado do Rio de Janeiro. R. Brasil. Geog. , 38 (3): 31-92, jul/set 1976.
- 60 - SCHNEIDER, J.B. - Measuring the locational efficiency of the urban hospital. Health Serv. Res., 154-169, Summer 1967.
- 61 - SILVA, G.R. & SANTOS, E.M. - Projeto de área programática para serviços integrados de saúde. R. Paul, Hosp, 18 (9):19-33, set. 1970.
- 62 - SILVA, P.C. - Diferenciais e critérios de distribuição de benefícios públicos intrametropolitanos. Trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Planejamento Urbano, UFRJ, 1976.

- 63 - SHANNON, G.W, BASHUR, R.L & METZNER,C.A. - The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. Med. Care Rev., 26(2): 143-161, feb. 1969.
- 64 - STUDNICK, J. - The geographic fallacy : hospital planning and spatial behavior. Hosp. Adm., 10-12, Summer 1975.
- 65 - SUTTON, F.C. - Determining factors for satellite hospitals.
In: MILL, A B. Functional planning of general hospitals.
New York, Mc Graw Hill Ed, 1969.
- 66 - TENTORI, F.V. - Extensión de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos. Bol. Of.San.Pan, 82 (5): 386-396 ,
mai 1977.
- 67 - TUPPER, P.E.S. - Um indicador da evolução do setor habitacional no município do Rio de Janeiro. Trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Planejamento Urbano, UFRJ, 1976.
- 68 - VAANANEN,I.S, HARO,A.S, VAUHKONEN, O & MANNILA, A. - The level of hospital utilization and the selection of patients in the finish regional hospital system. Med Care, 5 :279-293,
1967.
- 69 - VIEIRA,P.R. - Em busca de uma teoria de descentralização.Rio de Janeiro, F G V, 1971.
- 70 - WHITE, K.L. - Organization and delivery of personal health services; Public policy issues.In : the Milbank Memorial Fund Quarterly, 46 (1), part 2, jan 1968.
- 71 - WHO (vários). - Les services de Santé en URSS. Genève,OMS, 1960(Cahiers de Santé Publique nº 3).

72 - YUNES, J & BRUMBERG, R. - A assistência hospitalar geral e especializada na área metropolitana de São Paulo. R. Saúde Publ., São Paulo, 5: 23-39, 1971.

73 - YUNES, J. - Situação da assistência médico-sanitária e hospitalar no Estado do Ceará, Brasil. R. Saúde Publ. , São Paulo, 7 : 123-138, 1973.

/mhf/.

A N E X O I I I

Relatório preliminar do Projeto "Mortalidade por tipos de câncer no Município do Rio de Janeiro no período 1955 - 1975".

Equipe: Reinaldo Felipe Nery Guimarães
Luiz David Castiel (colaborador)

OBJETIVOS GERAIS DO PROJETO:

1 - Estabelecer e analisar a evolução da mortalidade geral por tipos selecionados de câncer no município do Rio de Janeiro no período considerado.

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.

3 - Estabelecer e analisar possíveis concentrações ocupacionais na mortalidade dos diversos tipos de câncer selecionados.

4 - Estabelecer e analisar a distribuição espacial da mortalidade entre os diversos tipos de câncer selecionados, transversal e longitudinalmente ao longo do período.

1. ATIVIDADES DO PERÍODO

As atividades realizadas no período compreenderam duas áreas: revisão bibliográfica e preparo da fonte de dados a ser utilizada na determinação da mortalidade.

a) Revisão bibliográfica

Foi realizado no período, com o auxílio do Sr. Sérgio Ferreira dos Santos, do Projeto Bibliográfico, um levantamento Bibliográfico parcial da literatura de interesse para o Projeto.

Adotamos como estratégia conseguir, num primeiro momento, os principais títulos da bibliografia nacional sobre o tema, visto que é relativamente pequena, descritiva e, quase sempre, aborda o problema em bases de população geograficamente definida, tal como nos propomos a abordar. Foram assim levantados os seguintes títulos:

- 1) TRAMUJAS, A.C. - Aspectos estatísticos da mortalidade por cancer em Curitiba. R. Brasil. Cancerol. 2: 69-77, 1948.
- 2) BARRETO, J. Barros - A orientação epidemiológica da profilaxia do cancer. Bras. Méd. (12, 13): 22-50, março 1948.
- 3) MONTENEGRO, M.R.; DUARTE, G.G.; LION, M.F. - Incidência de neoplasias malignas em 30016 necropsias - Anais Fac. Med. Univ. S. Paulo. 27 (2): 151-204, dezembro 1953.
- 4) SCORZELLI JR., A. - Cancer como causa de morte - R. Brasil. Cancerol. 13 (15): 71-89, dezembro 1956.
- 5) MORAIS, A. - O problema do cancro, e em especial do cancro do colo do útero, no Rio de Janeiro - J. Méd. 31 (716): 245-247, 1956.
- 6) SCHMID, A.W. - Estudos sobre a mortalidade por várias causas no município de São Paulo. 5 - neoplasmas malignos Arch. Fac. Hig. S. Paulo, 13: 371-88, 1959.
- 7) PRUDENTE, A. - Patologia geográfica e estatística referente ao cancer, no Brasil - R. Brasil. Cir. 37: 283-286, 1959.
- 8) MARSILLAC, G. & SCORZELLI JR., A. - General considerations on the epidemiology of cancer in Brazil and in Rio de Janeiro in particular - Acta. Un. Int. Cancer. 16: 1725-40, 1960.
- 9) FROSSARD, J.D. - Prospecção do cancer pulmonar em novas dimensões - Rev. Serv. Nac. Tub. 12 (47): 261-272, 1968.
- 10) TEIXEIRA, J. - Notas sobre a epidemiologia do cancer de pulmão - Bras. Méd. 82 (6): 364-367, 1968.
- 11) BRASIL. Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Cancer - Registro de cancer de S. Paulo - Incidência do cancer no município de S. Paulo. 1975.
- 12) ARRUDA, B.K. Grande de - Epidemiologia do cancer do colo do útero em Recife - R. Brasil. Cancerol. 25 (1): 85-98, 1973.

- 13) MINELLI, L. - Epidemiologia regional do cancer cutâneo. R. Brasil. Cancerol. 25 (2): 47-57, 1975.
- 14) GARRAFA, V. & ROSA, L.N. da - Cancer da boca no Brasil: um problema de Saúde Pública - R. Brasil. Cancerol. 25 (2): 59-62, 1975.
- 15) GIORDANO, C. & CASANOVA, R. - Aspectos epidemiológicos do carcinoma de colo uterino - R. Brasil. Cancerol. 25 (7): 13-27, 1975.
- 16) MIRRA, A.P. - Epidemiologia do cancer de mama - R. Brasil. Cancerol. 26 (1): 75-78, 1976.
- 17) _____ - Aspectos populacionais da morbidade e mortalidade por cancer no município de S. Paulo. R. Brasil. cancerol. 26 (4): 59-69, 1976.
- 18) PRUDENTE, A. & MIRRA, A.P. - Gastric Cancer in Japanese People Living in Brazil - Referência ignorada.
- 19) MIRRA, A.P.; COLE, P.; MACHMAHON, B. e outros - Estudo epidemiológico do cancer de mama numa área de alta paridade, S. Paulo, Brasil - R. Ass. Méd. Brasil. 18 (9): 357-364.
- 20) COSTA, E.A.; KLEIN, C.H.; FURTADO, A.B. & MOREIRA, A.F.S. - A mortalidade por cancer ginecológico no Rio de Janeiro 65/74 - R. Brasil. Cancerol. 26 (6): 41-64, 1977.

Além disso, foram levantados também títulos estrangeiros de interesse. Neste aspecto, consideramos estar ainda em fase inicial e por isso declinamos citar por extenso as 24 referências recolhidas.

b) Preparo da fonte de dados a ser utilizada na determinação da mortalidade

O trabalho realizado diz respeito ao estabelecimento de contatos institucionais necessários ao acesso seguro e permanente a esta fonte e ao deciframento dos códigos no sentido de permitir sua utilização.

A fonte a ser utilizada são os certificados de óbitos ocorridos no atual município do Rio de Janeiro de 1955 a 1975.

Os documentos referentes à primeira metade do período, encontram-se, "in natura", depositados numa repartição da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, em Niterói. Após algum contato com as autoridades responsáveis, conseguimos ter acesso a esses documentos, sendo que, ao contrário do que nos haviam informado, os documentos mais antigos dizem respeito ao ano de 1975 e não 1957.

Por outro lado, os documentos referentes a segunda metade do período encontram-se armazenados em fitas magnéticas no centro de Processamento de Dados do Rio de Janeiro, e embora o acesso a essas tenha sido fácil, colocou-se um problema suplementar: o manual de leitura dos códigos não se encontrava neste Centro e não nos foi possível encontrá-lo em qualquer repartição da Secretaria. Trabalhamos, então, no sentido de decifrar os códigos, contando, para isto, com a colaboração da Dra. Silvia Hasselmann Oswald Cruz, funcionária da Secretaria de Saúde, bem como do Sr. Bacellar, analista de sistemas do CPDERJ.

Com isto conseguimos conhecer os códigos referentes às seguintes variáveis:

- Profissão do pai, da mãe e do falecido
- Local de moradia do falecido
- Local do óbito
- Sexo
- Cor
- Estado Civil
- Idade,

restando, atualmente, descobrir os momentos de entrada em vigor dos novos códigos, referentes à naturalidade/nacionalidade (código do Censo de 1970) e à classificação da causa do óbito (8ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças).

2. Não foram produzidos textos, artigos ou documentos.

3. OBSERVAÇÕES

3.1. - Em virtude da inexistência de documentos referentes aos anos

5.

1955 e 1956, não será possível a análise da mortalidade nesse período, conforme nossa idéia original.

- 3.2. - Em virtude dos documentos relativos ao período 1965-74 estarem dispostos de modo adequado à análise (gravados em fitas), trabalharemos inicialmente com esses, e somente após com os referentes ao período 1957-64.

ANEXO IV

Relatório preliminar de atividades do Projeto "Hipertensão Arterial: uma perspectiva sócio-ecológica"

Equipe: Eduardo de Azeredo Costa (Coordenador)
Maria do Carmo Leal (Pesquisadora Assistente)
Carlos Henrique Klein (Pesquisador Assistente)
Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Desde que o Projeto PEPPE 44.0 foi remetido à FINEP foram aceleradas as gestões (iniciadas a partir de dezembro do ano próximo passado) com a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul e a Fundação IBGE para o desenvolvimento da fase de campo (coleta de dados) da pesquisa. Paralelamente foi iniciado o detalhamento do projeto.

Deste modo em 07 de abril do corrente (Dia Mundial da Saúde, cujo tema era Hipertensão Arterial), já estava assinado Termo de ajuste (apresentado em anexo) entre a Secretaria da Saúde do RGS e a FIOCRUZ para a realização da pesquisa e acordo com a Fundação IBGE para o fornecimento do cadastro do ENDEF sobre o qual seria selecionada a amostra.

DIA MUNDIAL DA SAÚDE, 1978: ATENÇÃO À SUA TENSÃO.

No dia 07 de abril fomos convidados para lançar a pesquisa na AMRIGS (Associação Médica do R.G.S.) em ato público comemorativo do Dia Mundial da Saúde com a participação das diversas autoridades de saúde do Estado.

A partir desse dia foi iniciada intensa campanha, não relacionada com nossa pesquisa, enfocando a problemática da Hipertensão. Esse fato determinava a necessidade urgente de aproveitar o momento para o início das atividades de campo. Em outras palavras: nosso projeto previa visitar cerca de 2.500 (duas mil e quinhentas) famílias espalhadas por todo o Estado e assim a divulgação e motivação seriam bem facilitadas.

PREPARO DAS ATIVIDADES DE CAMPO

A partir de 07 de abril, já instalados no R.G.S., o grupo dirigente da pesquisa e os dois pesquisadores assistentes do PEPPE (membros do Núcleo Central) que participam do projeto, foram iniciadas as atividades básicas para o preparo do trabalho de campo, que são a seguir arroladas:

- elaboração de questionários e outros instrumentos de coleta
- adaptação dos esfigmomanômetros e calibração dos instrumentos
- detalhamento das técnicas e instruções
- treinamento dos auxiliares de campo
- estruturação administrativa
- esquema de controle de qualidade dos dados
- entendimentos para a utilização de recursos do Governo do Estado
- esquema para a seleção da amostra
- esquema de supervisão
- adequação do projeto à problemática e recursos existentes no momento.

Em anexo poderá ser visto o conjunto de instruções elaboradas nesse período.

DELINEAMENTO DA PESQUISA

Em função da utilização do cadatro do ENDEF, fato que irá enriquecer enormemente a pesquisa já que poderemos contar com dados alimentares, particularmente o consumo do sal, para a análise, modificamos o esquema geral do trabalho, ainda que tenham sido mantidos os mesmos objetivos e estrutura.

A modificação básica foi estabelecer 4 estratos e suas respectivas frações amostrais:

- Interior Urbano	(1.900)	695	domicílios
- Interior Rural	(1.900)	647	domicílios
- Cinturão Metropolitano	(1.285)	612	domicílios
- Município do Porto Alegre	(1.380)	624	domicílios

Total: 2.576 domicílios

INÍCIO DAS ATIVIDADES DE CAMPO

Embora já tivéssemos previsto o trabalho de campo para ser iniciado em abril ocorreram atrasos na remessa do projeto para a FINEP desde que foi resolvido que o mesmo iria no "pacote" da proposta do CEPAS. Ademais, embora a primeira informação extra oficial desse conta que o projeto seria bem recebido na FINEP, sabíamos que sua aprovação levaria um tempo relativamente longo. Assim procuramos o apoio da FIOCRUZ para antecipar a remessa de recursos para o R.G.S. para iniciar os trabalhos, mesmo com a incerta aprovação da FINEP. Tal fato era decisivo para a realização da pesquisa: o trabalho de campo no interior do Estado no inverno dificultaria muito seu desenvolvimento e de outro lado a campanha de divulgação em curso sobre Hipertensão facilitaria sobre maneira. Recebido o apoio da Presidência da FIOCRUZ começamos a organizar o trabalho no Rio Grande do Sul esperando o fim de abril na esperança de alguma resposta oficial da FINEP. A dez de maio, resolvemos iniciar a pesquisa piloto e em seguida iniciamos o trabalho no interior.

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS

Como prevíamos, no mês de junho três equipes que percorriam os 28 municípios do interior selecionados tiveram seu trabalho retardado pelo mau tempo e dificuldade de locomoção, mas no começo de julho com pouco mais de 15 dias de atraso chegavam a Porto Alegre. Em julho seria iniciado o cinturão metropolitano que com Porto Alegre será concluído no final de setembro.

O quadro anexo mostra a produção na fase do interior. Note-se que em virtude da amostra ter sido tirada de um cadastro de 1974, determinava que uma boa proporção de domicílios já tivesse sido demolida. Ainda assim os resultados são animadores. A atualização da amostra para 1978, será feita com os dados de novas construções desde 1974 no final do trabalho, bem como a estimativa do efeito das perdas.

CONTROLE DE QUALIDADE DE DADOS

Uma das características mais nobres do ponto de vista metodológico do projeto foi o estabelecimento de rigoroso controle estatístico de qualidade de dados.

Assim o Laboratório que realiza as dosagens de sódio e creatinina na urina recebe amostras duplas do mesmo espécime, de modo que podemos conhecer sua variabilidade. Similarmente, toda a produção de campo é controlada, já que semanalmente a produção resumida, com os dados principais, é transferida pelo médico-chefe da equipe para uma ficha pré codificada que é remetida para perfuração de cartões. Os programas detectam então as proporções de, por exemplo, respostas positivas a determinada pergunta que cada examinador obtém, ou dos vários dígitos terminais nas medições. Esse fato determinou na segunda semana de trabalho o afastamento de uma auxiliar de campo que tinha 70% de zero (o esperado seria 20%) como dígito terminal nas suas tomadas de tensão arterial.

CONCLUSÃO

O período de abril a julho de 1978 foi exaustivo para a equipe do Projeto 44.0 e, em verdade, continuará a sê-lo até o final de setembro. Em novembro acreditamos no entanto com maior tranquilidade produzir um relatório técnico detalhado.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE AJUSTE QUE ENTRE SI CELEBRAM A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ E A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO RIO GRANDE DO SUL.

A Fundação Oswaldo Cruz, entidade civil de Direito privado, doravante denominada simplesmente FUNDAÇÃO, neste ato representada por seu Presidente, VINICIUS FONSECA, nos termos do Artigo 13º, Inciso I, do Decreto nº 77.481 de 23 de abril de 1976, e a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, doravante denominada simplesmente SECRETARIA e neste ato representada pelo Secretário da Saúde, JAIR DE OLIVEIRA SOARES; considerando o espírito e as orientações gerais de Política de Governo expressados no II PND e particularmente no II PBDCT, resolvem, mediante as condições e cláusulas seguintes, firmar o presente Termo de Ajuste.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Este Ajuste visa a realização de pesquisa sobre a Epidemiologia de Hipertensão Arterial no Rio Grande do Sul, com objetivos científicos especificados em protocolo anexo.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS FASES DA PESQUISA

A pesquisa a que se refere à cláusula primeira tem três fases:

- FASE I - referente ao trabalho de planejamento e elaboração da proposta de investigação;
- FASE II- referente ao desenvolvimento do trabalho de campo a qui compreendido como as atividades relacionadas ao preparo e à própria coleta de dados e controle de qualidade dos mesmos; e
- FASE III- referente à análise das informações obtidas e divulgação de resultados.

309



.....

SUB-CLAUSULA ÚNICA:

O desenvolvimento das Fases I e III se processará no Rio de Janeiro, sede da Fundação Oswaldo Cruz, e o desenvolvimento da Fase II se processará no Rio Grande do Sul.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA

A Secretaria da Saúde, através da Escola de Saúde Pública, exercerá a coordenação administrativa da Fase II da pesquisa, que se desenvolverá no Rio Grande do Sul cabendo-lhe, nesse particular, especificamente:

- a - fornecer as informações necessárias ao planejamento, execução e análise dos dados da pesquisa;
- b - ceder pelo período de 3 meses:
 - 1. instalações físicas para prover condições de trabalho para três técnicos da Fundação Oswaldo Cruz;
 - 2. uma Secretária e as instalações, equipamento e material necessários à sua atividade;
 - 3. serviços de Profissionais de nível superior de seu quadro necessários ao planejamento e execução da pesquisa;
 - 4. três eletrocardiógrafos portáteis e material necessário para os traçados (cerca de 1000);
 - 5. 2.000 frascos para coleta de urina.
- c - prover durante dois meses para viagem permanente no interior do Estado do Rio Grande do Sul:
 - 1. um profissional de nível superior;
 - 2. três veículos com motoristas e as demais despesas para viagem, quais sejam, combustível, lubrificantes, serviços de manutenção e diárias;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

FLS.3

-
- d - providenciar a realização de cerca de 6.000 dosagens de sódio e creatinina e densimetria;
 - e - participar do recrutamento, seleção e treinamento do pessoal de campo, bem como de todas as fases da pesquisa;
 - f - gerir os recursos repassados pela Fundação Oswaldo Cruz de acordo com o plano de aplicação anexo a este instrumento.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO

Face ao ajustado neste instrumento, compromete-se a FUNDAÇÃO a:

- a - repassar recursos financeiros consoante Plano de Aplicação e cronograma de desembolso anexo;
- b - prestar assistência técnico-científica consistindo em fornecimento de originais para reprodução de material didático, assessoria sobre métodos e técnicas de pesquisa e treinamento em serviço de alto nível em métodos e técnica de pesquisa epidemiológica para pessoal científico do quadro da Secretaria da Saúde;
- c - fornecer todo equipamento de pesquisa e material necessários que não sejam explicitados como de obrigação da Secretaria.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS ORIUNDOS DA FUNDAÇÃO

Os recursos, para atendimento do presente Ajuste, serão depositados na Agência Central do Banco do Brasil, Porto Alegre, em conta especial a ser movimentada, pela SECRETARIA, consoante cronograma de desembolso anexo.

SUB-CLÁUSULA ÚNICA:

Será observada a tabela da FUNDAÇÃO para o pagamento das diárias, que fará jus o pessoal que trabalhará na Pesquisa.

311

.....



CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

SUB-CLÁUSULA I:

O presente Ajuste terá vigência de doze (12) meses contados a partir da data de assinatura.

SUB-CLÁUSULA II:

O prazo de vigência da Fase II será de quatro (4) meses a contar da data do recebimento pela Secretaria da primeira parcela destinada à gestão dessa fase.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS DA FASE II

A SECRETARIA prestará contas em duas vias, à FUNDAÇÃO, dos recursos recebidos até trinta dias após expirar o prazo de vigência da Fase II, acompanhado do extrato de conta bancária.

SUB-CLÁUSULA ÚNICA:

Para efeito da prestação de contas, somente serão tidos como válidos as despesas ou serviços realizados dentro do prazo da vigência da Fase II, que será de no máximo seis (6) meses a contar de um mês antes do início da Fase II da pesquisa, até um mês após o seu término.

CLÁUSULA OITAVA - DOS RELATÓRIOS

- a - A SECRETARIA fica obrigada a apresentar à FUNDAÇÃO, através da Escola de Saúde Pública (ESP), relatórios e informações que lhe forem solicitadas sobre as atividades decorrentes da gestão da Fase II da pesquisa;
- b - A FUNDAÇÃO fica obrigada a apresentar à SECRETARIA, relatórios e informações solicitadas sobre as atividades técnicas da pesquisa;
- c - O relatório final da pesquisa conterá em sua capa o nome das instituições participantes.

CLÁUSULA NONA - DAS MODIFICAÇÕES

Este Ajuste poderá ser modificado, em quaisquer de suas cláusulas, por assentimento das partes, mediante Termos Aditivos, ou rescindido automaticamente, por inadimplemento de quaisquer das obrigações contraídas ou superveniência de norma legal que o torne material ou formalmente inexecutável.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

FLS.5

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

No caso de rescisão, a SECRETARIA fica obrigada a comprovar até sessenta (60) dias, a contar da data de rescisão, a devida aplicação de todos os recursos que houver recebido da FUNDAÇÃO por força deste Termo de Ajuste.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

As partes ajustantes aceitam todas as disposições constantes do documento anexo ao presente Ajuste, intitulado "CONDIÇÕES GERAIS APLICÁVEIS AOS CONVÊNIOS CELEBRADOS PELA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ", consideradas parte integrante deste instrumento com a mesma força, válida e eficácia das cláusulas nele estipuladas, como se estivessem transcritas na íntegra.

E, por estarem assim acordados, foi lavrado o presente instrumento, em cinco vias de igual teor, que, depois de lido, conferido e achado conforme, vai assinado pelos ajustantes e pelas testemunhas abaixo nomeadas.

Porto Alegre, 21 de fevereiro de 1978.


DAIR DE OLIVEIRA SOARES
Secretário de Estado da Saúde

VINICIUS FONSECA
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

TESTEMUNHAS:

313



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Plano de aplicação de recursos financeiros específicos para o desenvolvimento da fase II da pesquisa sobre Hipertensão Arterial essencial no Rio Grande do Sul, a serem geridos pela Escola de Saúde Pública da SSRGS.

ELEMENTO DE DESPESA	ESPECIFICAÇÃO	RECURSOS POR FONTE		TOTAL em Cr\$ mil
		Em Cr\$ mil		
		FUNDAÇÃO	SECRETARIA	
MATERIAL DE CONSUMO	1. Filmes e fitas	63.7	-.-	63.7
	2. Material de expediente	5.0	10.0	15.0
	3. Papel ECG, pasta eletrolítica, algodão, álcool	-.-	10.5	10.5
	4. Outros, como camisetas absorventes, etc.	30.0	-.-	30.0
	TOTAL	98.7	20.5	119.2
MATERIAL PERMANENTE	1. Frascos para coleta e remessa de urina	-	75.0	75.0
	2. Material bibliográfico	10.0	-	10.0
	TOTAL	10.0	75.0	85.0
SERVIÇOS DE TERCEIROS	1. Serviços gráficos e fotográficos	15.0	-	15.0
	2. Dosagens de Sódio e creatina, densidade	-	540.0	540.0
	3. Passagens aéreas (4)-PA/RIO/PA	16.0	-	16.0
	4. Locação de 3 viaturas com motoristas (2 meses)	-	212.0	212.0
	5. Transporte urbano e intermunicipal	40.0	-	40.0
	6. Serviços de Entrevistad.	180.0	-	180.0
	7. Despesas de alojamento e manutenção dos entrevistad.	486.0	-	486.0
TOTAL	737.0	752.0	1.489.0	
ENCARGOS DIVERSOS	1. Diárias de supervisão no interior do RGS	68.0	-	68.0
	2. Despesas de pronto pagamento	10.0	-	10.0
	TOTAL	78.0	-	78.0
TOTAL GERAL	MATERIAL DE CONSUMO PERMANENTE Serviços de terceiros e encargos diversos	923.7	847.5	1.771.2



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Cronograma de desembolso dos recursos repassados pela FUNDAÇÃO destinados à gestão da Fase II da pesquisa Epidemiológica sobre Hipertensão Arterial essencial no Rio Grande do Sul.

1ª. parcela: a ser depositada pela Fundação até o dia 10 de março.

70% do total - R\$ 646.590,00

2ª. parcela: a ser depositada pela Fundação até o dia 10 de maio.

30% do total - R\$ 277.110,00

QUADRO

	INTERIOR		METRÓPOLE	
	URBANO	RURAL	CINTURÃO	PORTO ALEGRE
Nº DOMICÍLIOS PLANEJADOS	695	647	612	624
Nº DOMICÍLIOS REALIZADOS	555	482		
Nº FICHAS INDIVÍDUOS COMPROVADOS	1229	1111		
Nº DE INDIVÍDUOS PERDIDOS	122	61		
Nº DOMICÍLIOS S. A. PLANEJADOS	99	73		
Nº DE DOMICÍLIOS S. A. REALIZADOS	60	45		
Nº INDIVÍDUOS S. A. COMPLET.	127	109		
Nº INDIVÍDUOS S. A. PERDIDOS	32	5		
FRAÇÃO AMOSTRAL (74)	$1/450 \times 1/2 = 1/900$	$1/450 \times 1/2 = 1/900$	$1/190 \times 2/3 = 1/285$	$1/190 \times 1/2 = 1/380$
PROP. DOM. REALIZADOS	$\frac{555}{695} = 79.86\%$	$\frac{482}{647} = 74.50\%$		
MÉDIA DE INDIVÍDUOS 20-74 NOS DOMICÍLIOS REALIZADOS	$\frac{1229 + 122}{555} = 243$	$\frac{1111 + 61}{482} = 243$		
PROPORÇÃO DE INDIVÍDUOS PERDIDOS	$\frac{122}{1229 + 122} = 9.03\%$	$\frac{61}{1111 + 61} = 5.20\%$		
PROPORÇÃO DO S. A. PLANEJADA	$\frac{99}{695} = 14.24\%$	$\frac{73}{647} = 11.00\%$		
PROPORÇÃO DA S. A. REALIZADA	$\frac{60}{99} = 60.61\%$	$\frac{45}{73} = 61.64\%$		
PROP. DE IND. S. A. PERDIDOS	$\frac{32}{127 + 32} = 20.13\%$	$\frac{5}{109 + 5} = 4.39\%$		


Prezado Senhor:

Seu domicílio foi sorteado para integrar uma "PESQUISA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL". Os pesquisadores da Secretaria da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio do IBGE, deverão voltar neste endreço na data de ___ / ___ / ___, às _____ horas.

Agradecemos

Ass.: _____

_____, ___ de _____ de 1978.

 ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

MEMORANDO

Encaminho a U.S. de

o Sr.

que durante a Pesquisa sobre Hipertensão Arterial apresentou níveis tensionais elevados.

Em / /78

317

Médico Supervisor da Pesquisa

FITA DE TREINAMENTO DA "LONDON SCHOOL OF HYGIENE"/ENSP
 - LEITURAS - PADRÃO (MAIO, 1975)

SEQUÊNCIA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	
		FASE-4	FASE-5
A	21,1	57,9	62,7
B	33,2	54,3	54,5
C	29,4	64,0	64,8
D	4,6	27,2	27,5
E	7,0	33,1	33,2
F	17,9	39,9	39,9
G	11,4	36,1	37,0
H	12,7	49,4	52,2
I	19,2	48,4	47,8
J	18,2	84,7	88,3
K	16,0	54,9	57,9
L	27,4	62,7	64,6
MÉDIA	18,2	51,0	52,5

Correção da velocidade do gravador-
 Tempo entre o sinal do início da gravação e do final
 das instruções igual a 296,5 segundos.

GUIA PARA A PADRONIZAÇÃO DOS INSTRUMENTADORES

(método de Jean-Pierre Habicht*)

Execução da prova:

Cada um dos observadores fará duas medidas de cada um dos sujeitos (que serão os próprios observadores) e registrará os valores nas colunas A e B da Folha 1. Essas medidas devem ser feitas também pelo supervisor (que também é sujeito).

A é a primeira medida e B é a segunda medida de cada um dos sujeitos. É importante que todas as observações sejam feitas no mesmo instrumento e que estejam espaçadas entre si (A e B), de tal forma, que os observadores não consigam memorizar os resultados da primeira medida de cada sujeito. Sugere-se que a ordem das leituras seja feita por sorteio.

A coluna d registra os resultados das diferenças entre A e B, d² registra o quadrado das diferenças, e, a coluna sinal registra o sentido da diferença, (se A é maior que B o sinal é positivo⁽⁺⁾, se A é menor que B é negativo⁽⁻⁾, e se não houver diferença não há registro de sinal).

A coluna s registra a soma de A + B do observador, enquanto que S registra a soma de A + B do supervisor, em relação a cada sujeito. A coluna D registra as diferenças entre s e S, e D² o quadrado de D. A coluna do SINAL registra o sentido da diferença entre s e S (como entre A e B).

Na linha de Soma registram-se apenas as somas das colunas d, d², D, D² e das duas de Sinal. Nessas duas últimas deve-se registrar os valores de um quociente da seguinte forma: no denominador o número total de sujeitos observados e no numerador o número correspondente à soma de vezes em que aparece o sinal mais frequente (+ ou -).

Interpretação dos resultados:

O método permite avaliar a precisão e a exatidão dos observadores em relação ao supervisor. A precisão refere-se a capacidade de replicar observações feitas num mesmo sujeito invariante dando os resultados mais aproximados possíveis. A exatidão se refere à capacidade de fazer observações que dão resul

tados os mais aproximados possíveis do resultado aceito como padrão (supervisor). Permite ainda identificar tendências sistemáticas dos observadores, quantificá-las e determinar seu sentido (para mais ou para menos).

1. Avaliação da precisão:

O $\leq d^2$ do supervisor deve ser o mais baixo, em relação aos observadores, para validá-lo como tal. Se isso não acontecer pode-se escolher o observador com o menor valor de $\leq d^2$. O valor de $\leq d^2$ tem uma relação inversa com a precisão. A precisão do observador é considerada satisfatória desde que se $\leq d^2$ não exceda o dobro ^(2x) do $\leq d^2$ do supervisor.

2. Avaliação da exatidão:

O valor de $\leq D^2$ tem uma relação inversa com a exatidão. A exatidão do observador é considerada satisfatória desde que o valor do seu $\leq D^2$ não exceda o triplo ^(3x) o valor do $\leq d^2$ do supervisor.

3. Avaliação de tendências sistemáticas

Pode-se identificar tendências sistemáticas entre as medidas feitas por um observador, ou, entre as medidas do supervisor e um observador, através da prova dos sinais.

a) Observador-Observador: identifica-se a ocorrência de tendência sistemática para aumentar ou diminuir os valores das leituras na segunda medida (B), em relação a primeira (A), pela prova dos sinais com os valores do numerador e denominador da soma de Sinal referentes a d (veja tabela no final).

b) Observador-Supervisor: identifica-se tendência sistemática para aumentar ou diminuir os valores das leituras dos observadores, em relação ao supervisor, pela prova dos sinais com os valores do numerador e denominador da soma de Sinal referentes a D (veja tabela no final).

Além disso, se for observada prova de sinais significativa entre observador-supervisor pode-se avaliar a média dos desvios entre as medidas de observador e sujeito dividindo-se $\leq \bar{d}$ do observador por 2 vezes o número de sujeitos observados.

O exame minucioso e comparativo das medidas A e B de cada um dos observadores em relação ao supervisor é quem vai fornecer maiores detalhes sobre os possíveis erros ocorridos.

NOTA: É muito importante que os observadores e o supervisor não comuniquem seus resultados individuais durante a prova para evitar influências.

Nº DE DIFERENÇAS COM O MESMO SINAL E UM Nº DETERMINADO DE SUJEITOS QUE DEVEM OCORRER PARA DETECTAR DIFERENÇA SIGNIFICATIVA (p 0,05) ENTRE A e B DE UM OBSERVADOR ^(d) OU ENTRE OBSERVADOR E SUPERVISOR ^(D).

Nº DE DIFERENÇAS COM O MESMO SINAL (NUMERADOR)	Nº DE SUJEITOS (DENOMINADOR)
No Mínimo:	
6	6
7	7
8	8
8	9
9	10
10	11
10	12
11	13
12	14
12	15
13	16
13	17
14	18
15	19
15	20

* Jean-Pierre Habicht: Standarización de Metodos Epidemiológicos Cuantitativos sobre el Terreno.

TREINAMENTO DE LEITURA DE PRESSÃO SANGUÍNEA

(FOLHA DE RESULTADOS)

DATA: __/__/__

NOME DO OBSERVADOR: _____

TEMPO ENTRE SINAIS PADRÃO: _____

SÉRIE DE TREINAMENTO

FASE LEITURA	SISTÓLICA (1a.)	D I A S T Ó L I C A	
		4a.	5a.
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
H			
I			
J			
K			
L			322

SÉRIE TESTE

FASE LEITURA	SISTÓLICA (1a.)	DIASTÓLICA	
		4a.	5a.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

- 1- EMPREGADO ASSALARIADO- pessoa que presta serviço a um empregador, remunerada em dinheiro.
- 2- PARCEIRO EMPREGADOR - pessoa que explora uma atividade econômica (agricultura, pecuária, extração vegetal, caça e pesca), individualmente ou com auxílio de membro domicílio, não remunerado, recebendo pela exploração uma parte da produção, e que não possui autonomia em relação a quem lhe cede a parceria; (podemos ter
- 3- PARCEIRO CONTA PRÓPRIA - pessoa que explora uma atividade econômica (agricultura, pecuária, extração vegetal, caça e pesca), individualmente ou com auxílio de membro de domicílio não remunerado, pagando pela exploração com parte da produção, e que possui autonomia em relação a quem lhe cede a parceria;
- 4- PARCEIRO EMPREGADOR - pessoa que explora uma atividade econômica (agricultura, pecuária, extração vegetal, caça e pesca), auxiliada por um ou mais empregados, pagando pela exploração com parte da produção e que possui autonomia em relação a quem lhe cede a parceria;

Comodatário - É todo aquele a quem é cedido o uso da terra para que tome conta (preste serviços de conservação) da propriedade.

ARRENDATÁRIOS E SUB-ARRENDATÁRIOS

Também conhecidos como: "Locatários" e "Foreiros".

ARRENDATÁRIO é todo aquele que explora a terra pertencente a outra pessoa, e a quem paga aluguel pelo seu uso e gozo.

SUB-ARRENDATÁRIO é todo aquele que sub-aluga a terra de alguém que seja arrendatário da mesma.

Sub-arrendamento é o contrato pelo qual o Arrendatário, transfere a outrem, chamado Sub-arrendatário, no todo ou em parte, os direitos e obrigações de seu contrato de arrendamento. Nêstes casos o Arrendatário assume a figura de Arrendador ou Cedente da terra em relação ao Sub-arrendatário.

PARCEIROS RURAIS E SUB-PARCEIROS

Também conhecidos como: "meeiros", "quarteiros", "sócios".
PARCEIRO RURAL é todo aquele que explora a terra em sociedade com o proprietário ou possuidor a qualquer título e a quem paga uma percentagem dos frutos e produtos que resultam da exploração.

- parceria rural é o contrato agrário, pelo qual uma pessoa (sócio/proprietário) se obriga a ceder a outra (Parceiro), por tempo determinado ou não, o uso específico de imóvel rural, no todo ou em parte, incluindo ou não benfeitorias, outros bens e/ou facilidades, com o objetivo de nele ser exercida atividade de exploração agrícola pecuária, agro-industrial, extrativa ou mista, mediante partilha de riscos e dos frutos, produtos e lucros havidos, nas proporções que forem estipuladas no contrato.

SUB-PARCEIRO é o que explora a terra em sociedade com o Parceiro, dentro das limitações estabelecidas no seu contrato de parceria. Nesses casos o Parceiro assume a figura de Cedente em relação ao-Sub-Parceiro.

/IMS

ROTEIRO BÁSICO DAS VISITAS DOMICILIARES DA PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA
SOBRE HIPERTENSÃO NO RIO GRANDE DO SUL - 1978

- 1 - LOCALIZAÇÃO E VERIFICAÇÃO DA CORREÇÃO DO ENDEREÇO - Para a localização dos endereços deverão ser consultados os mapas, croquis e listas de endereços fornecidos aos pesquisadores de campo. Antes do início da visita deverá ser verificada a correção do endereço. IMPORTANTE: nunca deverá ser substituído um domicílio fechado, não habitado ou prédio não domiciliar pelo mais próximo. Se um domicílio selecionado for encontrado fechado, não habitado ou se tratar de prédio não domiciliar deverão ser feitas as anotações apropriadas na ficha domiciliar (campo 2 - Trabalho de Localização e Abordagem). Se o endereço não for localizado no ponto indicado pelos mapas e croquis após uma procura persistente, deverá ser investigada a possibilidade de ter havido uma troca recente do número do domicílio ou do nome da rua (ou fazenda, sítio, etc.), e, a visita será feita então no endereço correspondente ao indicado aos pesquisadores (este fato deverá ser assinalado nas observações do campo 2 da ficha domiciliar). Se os moradores não forem encontrados (domicílio fechado, mas não habitado) deverão ser consultados os vizinhos sobre a melhor oportunidade de retorno. Se faltarem apenas os moradores de 20 anos ou mais os presentes também podem ser consultados sobre o retorno. Nestes casos (domicílio fechado, mas não habitado, ou domicílio com os moradores de 20 anos ou mais ausentes) os pesquisadores deverão deixar o aviso de retorno, e, fazer as anotações necessárias na ficha domiciliar (campo 2).
- 2 - APRESENTAÇÃO DOS PESQUISADORES - Os pesquisadores deverão apresentar suas credenciais oficiais, expor brevemente os objetivos da pesquisa, pedir a colaboração dos moradores, explicando que os dados individuais serão mantidos em estrito sigilo. IMPORTANTE: os pesquisadores de campo devem procurar sempre evitar ao máximo situações de recusa ao estudo, o que pode ser obtido através de uma boa apresentação pessoal, que seja agradável, porém discreta. Se for percebida, entretanto, uma relutância inicial em aceitar a visita, os pesquisadores deverão se empenhar em enfatizar a importância do estudo. Dessa maneira poderão ser caracterizados três tipos de pessoas: os que passam a aceitar o estudo, os indecisos e os

que afirmam sua recusa. Em relação a esses dois últimos tipos deve ser feita apenas mais uma tentativa para obter a aquiescência dos indecisos (por meio de maior esclarecimento ou aprazamento de retorno), quanto aos que se recusam devem ser abandonados (e as anotações apropriadas devem ser feitas na ficha domiciliar - campos 2 e 5).

3. QUESTIONÁRIOS E MEDIDAS

3.a) Primeira série de medidas de pressão e pulso, e ficha domiciliar. O entrevistador (responsável pelos questionários) deverá fazer um levantamento de todos os moradores de 20 a 75 anos de idade e lhes comunicar que serão tomadas de início as suas pressões sanguíneas, enquanto o examinador (responsável pelas medidas) escolhe o local mais adequado para essas medidas (mesa e, pelo menos, 2 cadeiras). O examinador inicia então as medidas de pressão e pulso (nesta ordem, em cada indivíduo), iniciando pelo chefe do domicílio, se estiver presente. Logo após o examinador ter tomado pressão e pulso do chefe do domicílio, ou responsável, este deve ser inquirido pelo entrevistador para o preenchimento da ficha domiciliar, enquanto o examinador continua tomando pressão e pulso dos demais moradores de 20 a 75 anos de idade. O examinador, a cada medida, deve fornecer o material e dar as instruções relativas à coleta de urina, além de pedir a cada um dos examinados que não fume, não tome café, nem bebida alcoólica e não faça exercícios (se possível permaneça sentado em repouso) até que sejam repetidas as medidas de pressão e pulso (segunda série).

3. b) Medidas de peso, altura, circunferência do braço e fichas individuais. O entrevistador, após ter preenchido a ficha domiciliar, deve passar a preencher as fichas individuais, começando pelo chefe do domicílio, e daí para os demais desde que estes já tenham servido à primeira medida de pressão e pulso. IMPORTANTE: nunca deverá ser preenchida a ficha individual de indivíduo do qual não tenham sido tomadas antes a pressão e o pulso da primeira série. O examinador, após tomar pressão e pulso da primeira série, deverá medir peso, altura e circunferência do braço de todos os indivíduos do estudo enquanto o entrevistador preenche as fichas individuais, usando o máximo de cautela para evitar trocas de indivíduos e registros de medidas (em ficha própria).

3.c) Segunda série de medidas de pressão e pulso. A segunda medida de pressão e pulso (nesta ordem, em cada indivíduo) deverá ser feita 30 minutos após a primeira em cada indivíduo, respeitando-se também a condição de que este também já foi inquirido pelo entrevistador sobre a ficha individual. Esta segunda série de medidas de pressão e pulso deve ser feita na mesma ordem, em relação aos indivíduos, da primeira. Se na segunda tomada de pressão algum dos indivíduos apresentar valores tensionais acima de 160 para a sistólica e/ou 90 para a diastólica (primeira diastólica) deverá ser preenchida para o mesmo a papeleta de encaminhamento à Unidade Sanitária do local (se estes valores tiverem acontecido na primeira medida de pressão, e, o indivíduo perguntar sobre os valores deve ser esclarecido que não há nenhum problema).

4. FINAL DA VISITA

Após o preenchimento das fichas individuais e de medidas, o entrevistador deverá marcar o retorno, se for necessário, para a recuperação dos moradores ausentes e fazer as anotações adequadas na ficha domiciliar (campos 2 e 5). O examinador deverá fazer a coleta das amostras urinárias disponíveis e marcar o retorno, se necessário, para coletar as amostras que não forem obtidas na visita.

/MRT

INSTRUÇÕES PARA A TEMPERATURA AMBIENTE

1. INSTRUMENTO

Termômetro de parede c/escala centígrada c/intervalos de 1 grau C°.

2. MEDIDA DA TEMPERATURA AMBIENTE

O observador deverá colocar o termômetro na cômoda (sala, quarto, etc.) em que fizer as medidas de tensão arterial e pulso, em posição vertical, em lugar onde não haja insolação direta, logo que chegar ao local.

3. LEITURA DA TEMPERATURA AMBIENTE

O observador deverá fazer a leitura do termômetro somente após 30 minutos (ou ao final da entrevista) deste ter sido colocado em local apropriado. A leitura se fará em graus inteiros, de tal maneira que frações inferiores a meio grau serão aproximados para o valor inferior mais próximo em graus, e, frações superiores a meio grau serão aproximadas para o valor superior mais próximo em graus. Se a coluna estiver exatamente entre dois traços a regra para o registro é:

- Se o valor inferior em graus é par o valor registrado é o valor inferior mais próximo em graus. Exemplo: leitura 20,5 graus registro: 20 graus.

- Se o valor inferior em graus é ímpar o valor registrado é o valor superior mais próximo em graus. Exemplo: leitura: 19,5 graus registro: 20 graus.

4. IMPORTANTE: Registre o termômetro utilizado (A, B, C,...)

5. RECOMENDAÇÕES:

- Evite batidas fortes no termômetro
- Evite tocar com os dedos na coluna de vidro.

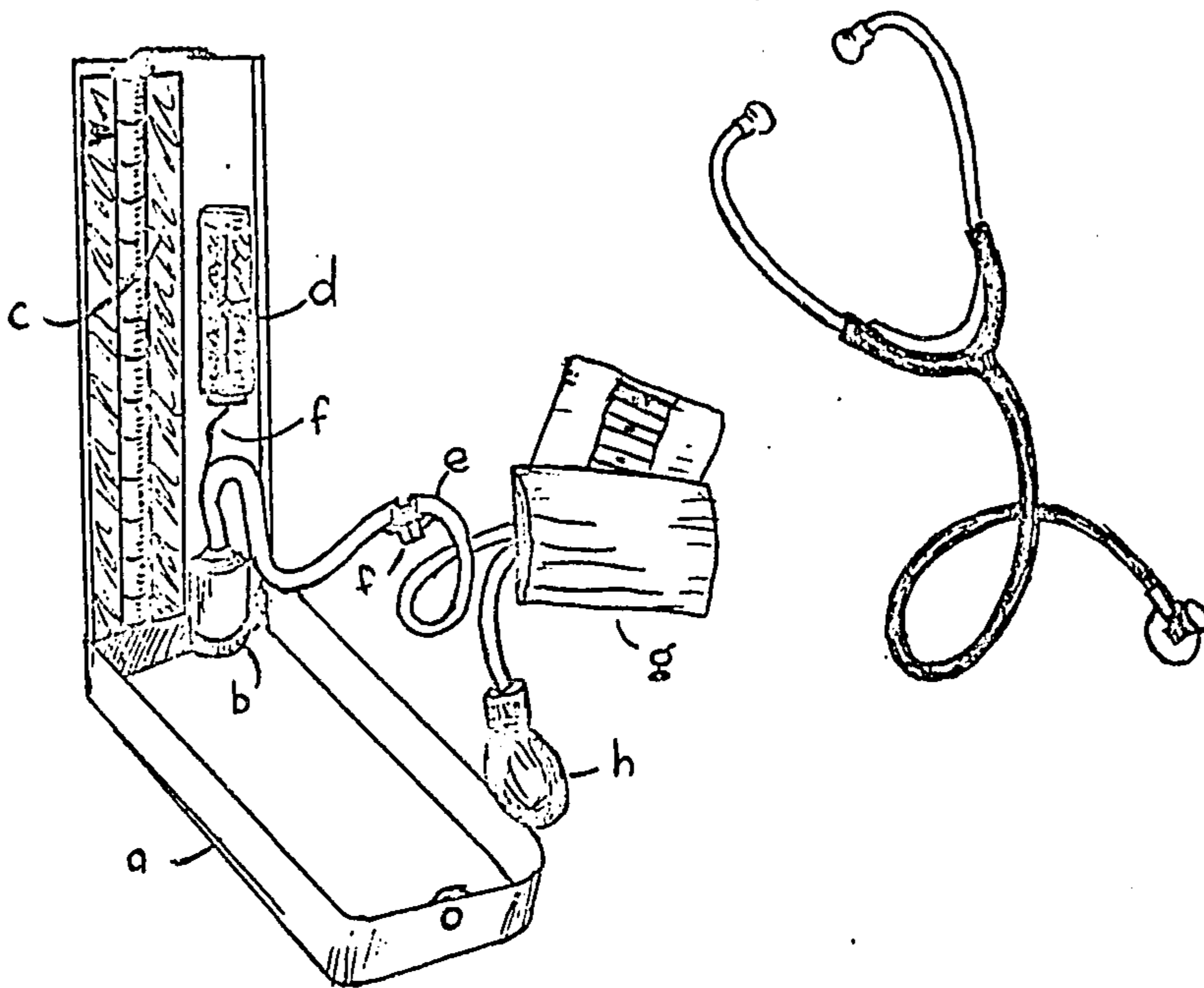
INSTRUÇÕES PARA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

1. INSTRUMENTOS:

1.1. Esfigmomanômetro tipo coluna de mercúrio marca Tycos, modificado (Esfigmomanômetro ENSP). Compreendido por:

- a - Caixa metálica
- b - Depósito e coluna de mercúrio
- c - Escala
- d - Fonte luminosa e pilhas
- e - Tubos de borracha
- f - Fio metálico
- g - Manguito
- h - bulbo ou pera

1.2. Estetoscópio



2. MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

2.1. Aspectos Gerais:

2.1.1. O ambiente deve ser quieto e com temperatura agradável.

2.1.2. O observador deve estar sentado diante do indivíduo a ser examinado.

2.1.3. O indivíduo deve estar confortavelmente sentado, com o antebraço esquerdo ligeiramente fletido e totalmente apoiado sobre uma superfície firme, (por ex.: mesa, balcão) de preferência na altura do coração. Este braço deve estar despido de qualquer vestimenta de manga longa e mesmo de manga curta quando esta não puder ser arregaçada adequadamente.

2.1.4. A pressão arterial será medida e anotada duas vezes para cada adulto. Para a segunda medida deverão ser tomados os seguintes cuidados adicionais:

- Durante a meia hora anterior à esta segunda medida, o indivíduo não deve fazer qualquer esforço, não deve comer e não deve fumar.
- Nos cinco minutos anteriores à medida, o indivíduo deve permanecer sentado, no local onde será examinado.

2.2. Técnica

2.2.1. Abra a caixa do esfigmomanômetro com cuidado, deixando a tampa na posição vertical e a coloque sobre uma superfície lisa e horizontal próxima ao braço esquerdo do indivíduo.

2.2.2. Coloque de forma ajustada o manguito no braço do indivíduo de modo que sua margem inferior fique pelo menos três centímetros acima da prega do cotovelo e que a porção que contém a bolsa de borracha fique sobre a parte interna do braço.

2.2.3. Conecte o tubo de borracha do manguito ao tubo do reservatório de mercúrio e os fios que acompanham os mesmos.

Obs.: A iluminação da escala deverá se acender. Caso isto não ocorra verifique o estado das pilhas ou mesmo das lâmpadas.

2.2.4. Ajuste o ângulo das olivas do estetoscópio ao seu canal auditivo e coloque-o observando para que a membrana do aparelho fique voltada no sentido de seu corpo.

2.2.5. Apalpe a artéria umeral na região antecubital, medianamente em relação ao tendão do músculo biceps e coloque neste local o cabeçote do estetoscópio. Esta colocação deve ser firme, mas exercendo a menor pressão possível e sem ficar espaço entre a pele e o aparelho.

Observações: Pressão excessiva sobre o estetoscópio pode comprimir a artéria e provocar o surgimento de batimentos abaixo da pressão diastólica. O estetoscópio não deve tocar o manguito ou os tubos de borracha.

2.2.6. Infle o manguito rapidamente até a coluna de mercúrio atingir 200 mm Hg. Se neste ponto o fluxo sanguíneo não for interrompido e houver, portanto, sons de Korotkow* audíveis, o manguito deve ser inflado até a pressão atingir 240 mm Hg.

Observação: Caso persistam os sons de korotkow ao nível de 240 mm Hg, esta será considerada a pressão sistólica do indivíduo.

2.2.7. Inicie a deflação abrindo a válvula. A iluminação da escala se apagará com a abertura da válvula. No ponto da pressão sistólica feche a válvula, com isto a coluna de mercúrio terá sua queda interrompida e as lâmpadas acenderão.

Faça a leitura e anote o resultado.

2.2.8. Após a leitura da pressão sistólica, abra novamente a válvula de modo a apagar as lâmpadas e continuar a deflação do manguito. Feche a válvula e faça a leitura e anote o resultado da 1a. pressão diastólica repetindo o procedimento para a 2a. pressão diastólica.

*SONS DE KOROTKOW : São os ruídos sincrônicos com a pulsação arterial que se ouve quando da medida da pressão arterial.

2.2.9. Desconecte o tubo de borracha e o fio. Retire o manguito e a pera e acondicione-os em local apropriado. Feche a caixa com cuidado.

2.2.10. Se houver necessidade de repetir todo o procedimento por qualquer razão, aguarde pelo menos um minuto antes de inflar novamente o manguito.

2.3. Leitura e Anotação

2.3.1. A leitura deve ser feita no ponto mais elevado da porção superior da coluna de mercúrio com os olhos do observador no mesmo nível, ou seja, perpendicularmente em relação ao ponto da leitura.

Observação: Os traços maiores da coluna de vidro indicam valores afastados entre si por dez milímetros e os traços menores indicam dois milímetros.

2.3.2. Registre sempre três números, cada um com três algarismos, o primeiro representando a pressão sistólica, o segundo número representando a primeira pressão diastólica e o terceiro número representando a segunda pressão diastólica. Caso não seja possível detectar a primeira diastólica, anote no espaço para o segundo número o mesmo número da segunda diastólica. Caso algum dos valores for menor que cem (100) preencha os caselos vazios a esquerda do número com o sinal 0 (zero)

Exemplos:

1	3	6
---	---	---

 /

0	7	4
---	---	---

 /

0	7	4
---	---	---

 mmHg

1	4	0
---	---	---

 /

1	0	8
---	---	---

 /

0	8	6
---	---	---

 mmHg

2.3.3. Faça a leitura com arredondamentos para o número par equivalente ao traço mais próximo. Se o nível superior da coluna parar exatamente no meio do espaço entre dois traços, faça o arredondamento para o número equivalente ao traço inferior.

2.3.4. Registre o esfigmomanômetro e o estegoscópio utilizados.

2.4. Determinação da Pressão Sistólica

2.4.1. Usualmente o primeiro som ouvido não pode ser distinguido de outros ruídos ambientais. Se o mesmo for seguido de outro som de qualidade similar e após um intervalo apropriado - um segundo ou menos - este segundo som deve ser tomado como sinal para fechar a válvula. Se você tiver dúvida, espere um terceiro batimento. Anote então o valor encontrado e abra a válvula a seguir.

2.4.2. Algumas vezes, uns poucos batimentos são seguidos por um intervalo mudo devido a um desaparecimento dos sons que voltam a aparecer num nível mais baixo - buraco auscultatório. Se um único som é seguido de tal intervalo, você deve ignorá-lo. Mas se antes do surgimento do buraco auscultatório você ouvir pelo menos dois ou três batimentos satisfatórios, mantenha o registro que fez da pressão sistólica.

2.5. Determinação da Primeira Pressão Diastólica ou do ponto em que os sons se tornam abafados.

2.5.1. O volume do som é irrelevante e deve ser ignorado pois o importante é a qualidade dos sons para poder-se determinar esta primeira pressão diastólica.

2.5.2. Feche a válvula quando os sons perderem suas características de alta frequência (sons estalados) ficando então de baixa frequência, ou seja, surdos, abafados, esmaecidos, menos nítidos, pois esta é a primeira pressão diastólica.

2.5.3. Procure sintonizar seu ouvido para ouvir apenas altas frequências para melhor perceber seu desaparecimento. Se o desaparecimento desta característica de alta frequência não for súbito e ocorrerem alguns batimentos intermediários com menos nitidez mas não totalmente abafados para depois então fiquem abafados, considere como primeira diastólica o momento em que ficaram totalmente abafados.

2.5.4. Como resultado dos movimentos respiratórios, os sons algumas vezes podem ficar momentaneamente abafados simulando a primeira diastólica mas em seguida voltam a ficar nítidos e de alta frequência. Se você anotou este ponto como sendo a primeira diastólica, apague o valor e anote a real diastólica.

2.6. Determinação da Segunda Diastólica ou do ponto no qual os sons deixam de ser ouvidos.

2.6.1. Se há um intervalo correspondente a dois ou mais batimentos durante os quais você não ouve nada, feche a válvula e anote o resultado.

2.6.2. Se os batimentos retornarem após reabrir a válvula e portanto pressão do manguito diminuir - buraco auscultatório - apague sua anotação e registre o ponto de real desaparecimento.

3. RECOMENDAÇÕES

3.1. Tenha cuidado com o transporte do aparelho e procure sempre acondicioná-lo na posição em pé.

3.2. Se ocorrer extravasamento de mercúrio comunique ao supervisor para que o mesmo seja repostado.

3.3. Observe frequentemente se sem inflar o manguito, o nível superior da coluna de mercúrio está exatamente sobre o zero (0). Se não estiver, comunique ao supervisor.

TREINAMENTO EM LEITURA DE PRESSÃO SANGUÍNEA (VER LANCET, 1965, 1, 673)

A fita deve ser tocada em aparelho de 2 pistas a 7 1/2" (19 cm) por segundo.

O treinando preferentemente deve ouvir através de fones de ouvido e o volume deve ser ajustado para simular a altura dos sons de Korotkow que se ouve nos pacientes.

Existe um sinal no início da fita e outro ao final das instruções para que seja medida a velocidade de seu gravador. Se houver discrepância com o valor padrão que é de ^{296,8}~~350~~ cm, todos os valores que você encontrar deverão ser corrigidos da fração correspondente para que seus resultados possam ser comparados com os resultados-padrão.

Há duas séries de gravações, cada uma consistindo de sons de Korotkow de 12 indivíduos. A primeira série (pessoas de A a L) é para treinamento: os indivíduos são pacientes hospitalares. A segunda série (pessoas de 1 a 12) é para teste de aprendizagem: os indivíduos são trabalhadores "não selecionados".

As gravações foram intencionalmente feitas em condições com uma certa quantidade de ruído de fundo (centrífuga, portas, etc.), já que são condições que normalmente se encontram ao medir a tensão arterial.

Antes de cada tomada de tensão arterial gravada é anunciada a identificação do indivíduo, seguida por um marcador de tempo que consiste de "três, dois, um - bēēē". Logo que ouvir o "bēēē", melhor ainda, ao mesmo tempo que ouvir tal sinal, acione os cronômetros. Esse momento corresponde ao início da deflação dos aparelhos de pressão na vida real.

Depois de um intervalo de tempo variável você ouvirá os sons de Korotkow. No momento que você os reconhecer pare o primeiro cronômetro que indicará o valor da pressão sistólica. No ponto que você pensar que corresponde a fase 4 da pressão diastólica, pare o próximo cronômetro. No ponto da fase 5, pare o terceiro relógio.

As suas leituras dos relógios representam estimativas dos três pontos finais expressos como intervalos de tempo do sinal que marca o início da deflação. O propósito não é prever que valores de pressão você obteve nos indivíduos em termos absolutos, mas apenas comparar suas leituras com as de outros. Suponha, por exemplo, que para uma determinada pressão sistólica sua leitura foi 2 segundos menor do que a de outro observador. Isso quer dizer que você leu uma pressão arterial "2 segundos maior". Como todas as gravações foram feitas com uma taxa de deflação constante de 2 mm por segundo, "2 segundos maior" significa "4 mm maior".

Em outras palavras, o sistema possibilita estimar em mm de mercúrio a quantidade de variação entre observadores atribuíveis a (1) interpretação dos sons, (2) rapidez do registro dessa interpretação. Ele permite, também, um meio de corrigir suas tendências de desviar do padrão.

Na nossa experiência nós encontramos que a performance medida nesse sistema dá uma predição da performance nas condições de trabalho de campo: aqueles que tendem, por exemplo, a ler altos valores de sistólica ou baixos em diastólica, com o sistema, têm a mesma tendência com os pacientes e pessoas na vida real. Nós encontramos também, que a reeducação é possível; pessoas ensinadas com o sistema para ler a Fase 4 mais baixo ou mais alto do que costumavam, tendem a manter o novo hábito. Acreditamos que o principal benefício da técnica é ensinar as pessoas a ouvir os sons mais criticamente e definir seus critérios mais precisamente.

Procedimentos sugeridos

- 1) Comece com a série A-L. Ouça 3 ou 4 tomadas de pressão para se familiarizar com a técnica.
- 2) Comece de novo, então escrevendo em folha que você preparou os valores que encontrou.
- 3) Compare suas respostas com as leituras-padrão (se necessário corrigindo diferenças da velocidade da fita). Verifique as diferenças em cada tomada e também na média das 12 leituras da "máxima" e nas das "mínimas".
- 4) Se houver diferenças importantes, toque de novo a fita observando, com os valores do padrão, onde seriam os pontos corretos para parar os relógios. Reinicie mais uma vez anotando seus resultados para só comparar com os do padrão no final.

- 5) Quando você considerar que as diferenças não são mais importantes, inicie a série teste. Anote suas respostas para as 12 tomadas de 1 a 12 e calcule no final a média das leituras dos três "valores de pressão". Essa série visa medir primariamente o desvio sistemático e não discordâncias entre indivíduos.
- 6) Se o uso da fita for para treinamento de observadores que participarão de pesquisa de campo, recomendamos não mostrar os valores padrão da série teste e afastar aqueles cuja média de leituras seja diferente em 2 ou mais mm de mercúrio da média do padrão (ou seja 1 segundo ou mais).

(Cópias das fitas em português podem ser obtidas com o Professor Eduardo de Azeredo Costa da Escola Nacional de Saúde Pública - Rua Leopoldo Bulhões, 1480/89 - Rio de Janeiro. Em inglês poderão ser obtidas com o Professor Geoffrey Rose, London School of Hygiene and Tropical Medicine - Keppel St. London WC1).

/MRT

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA " HIPERTENSÃO "

INSTRUÇÕES PARA A PESAGEM

1. BALANÇA - A balança utilizada é a de banheiro, composta de plataforma, chassis, mostrador e disco denteado de ajustagem que permite fixar o zero da escala do disco giratório interno exatamente sob o ponteiro fixo do visor. A capacidade máxima da balança é de 125 kg e a escala, que vai de 0 a 125 kg, possui traços pretos com intervalos de 1kg entre si.

2. PESAGEM

- A balança deve ficar em local plano, de piso rígido (assoalho de madeira ou tijolos) e bem iluminado.

- Antes da pesagem deve ser usado o pequeno disco denteado de ajustagem localizado na lateral inferior da balança, que girado apropriadamente colocará o zero da escala do disco giratório interno exatamente sob o ponteiro fixo do visor.

- A pessoa a ser pesada deve estar descalça, sem casacos ou outras vestimentas de frio, e se colocar de tal maneira que esteja virada de frente para o mostrador da balança, perfeitamente ereta, com os calcanhares encostados e a linha dos pés em ângulo de tal maneira que as mesmas não incubram o visor. (vide desenho)



3. LEITURA DA PESAGEM

- O observador deve fazer a leitura do peso apenas quando o disco giratório interno estiver imobilizado, olhando perpendicularmente sobre o visor. O valor da escala sob o ponteiro do visor corresponde ao peso.

ATENÇÃO: O observador somente registrará pesos inteiros, sendo que as frações inferiores a 500 g serão aproximadas para o valor inteiro, inferior mais próximo, enquanto que as frações superiores a 500 g serão aproximadas para o valor inteiro superior mais próximo. Se o disco giratório interno se imobilizar exatamente na ponta que o observador considere correspondente a 500 g as aproximações para os valores inteiros deve ser feita segundo a seguinte regra:

- Se o valor inteiro inferior é par o valor registrado será o valor inteiro inferior mais próximo. Exemplo: leitura: 70 kg e 500g registro: 70 kg.

- Se o valor inteiro inferior é ímpar o valor registrado será o valor inteiro superior mais próximo. Exemplo: leitura: 69 kg e 500 g registro: 70 kg.

4. IMPORTANTE: Registre a balança utilizada (A, B, C,...)

5. RECOMENDAÇÕES

- Evite batidas e vibrações no transporte e, na medida do possível, procure pesar apenas os adultos de 20 anos ou mais de cada domicílio.

INSTRUÇÕES PARA ESPESSURA DA PREGA CUTÂNEA TRICIPITAL (BRAQUIAL)

1. INSTRUMENTOS

- Medidor de espessura de prega cutânea do tipo de Harpenden
- Trena

2. MEDIDA DA ESPESSURA DA PREGA CUTÂNEA TRICIPITAL (BRAQUIAL)

O indivíduo deve estar com o braço esquerdo relaxado, na vertical, e o antebraço recostado sobre uma superfície plana (mesa). Com a trena o observador irá determinar o ponto médio do braço na superfície externa posterior do braço (metade da distância entre o acromio do omoplata e o olécrano de cúbito). Neste ponto, o observador deverá pinçar com os dedos polegar e índice da mão esquerda uma prega cutânea, de aproximadamente 2 cm de profundidade, paralela ao sentido longitudinal do braço, tendo o cuidado de não pinçar músculo, mas apenas tecido subcutâneo, e em seguida aplicar o aparelho.

FIG. 41. DETERMINACION DEL PUNTO MEDIO DEL BRAZO (MITAD DE LA DISTANCIA ENTRE EL ACROMION DEL OMOPLATO Y EL OLECRANON DEL CUBITO)

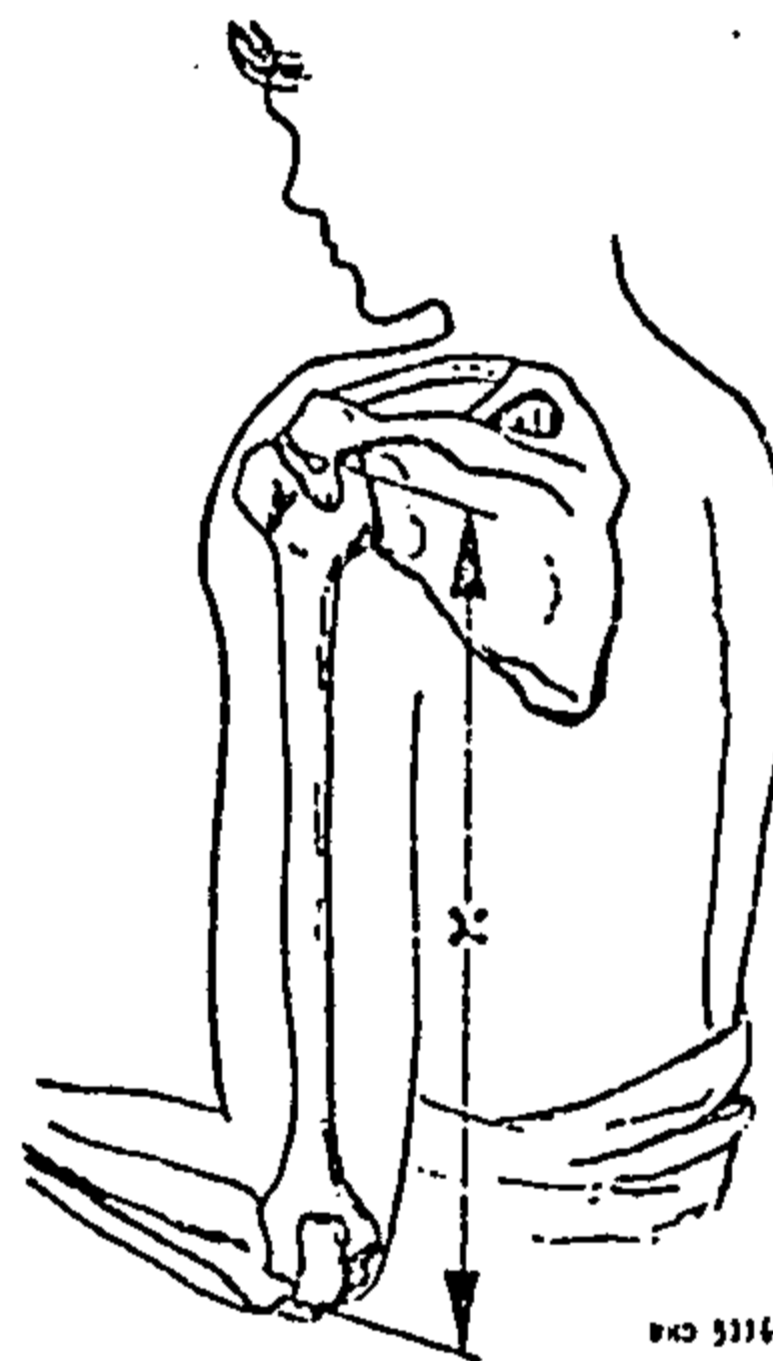
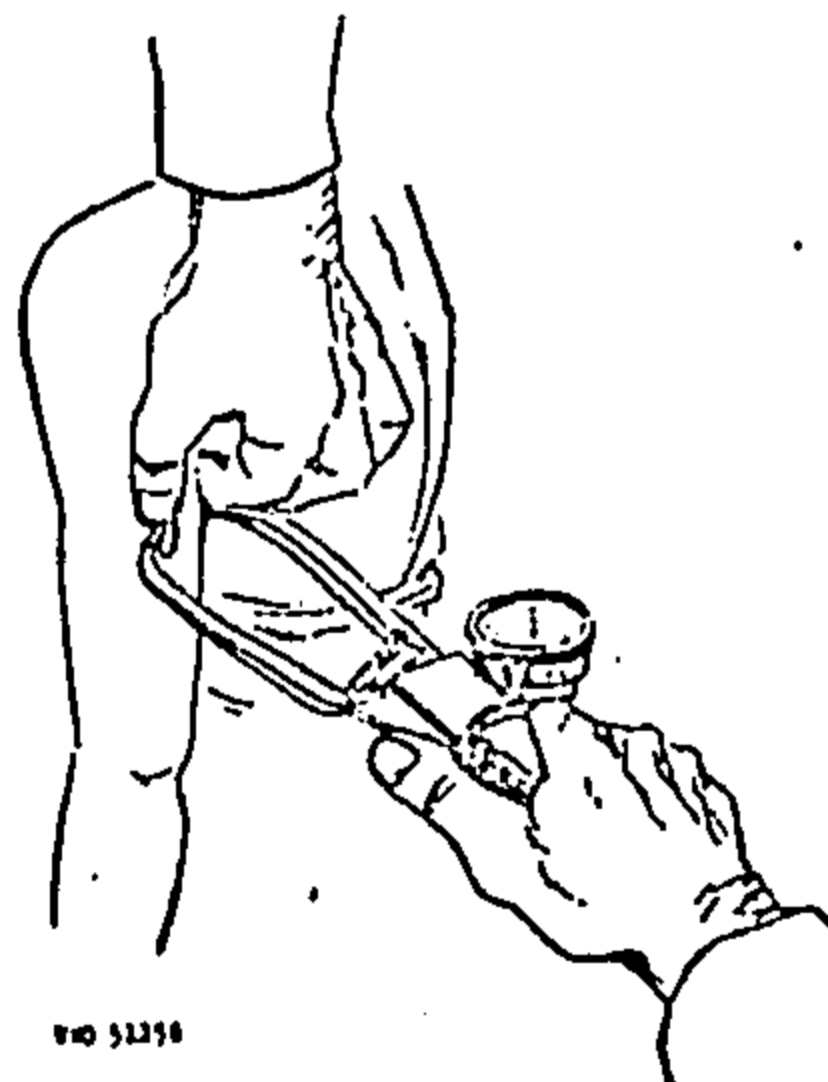


FIG. 42. MEDICION DEL PLEGUE CUTANEO TRICIPITAL CON EL CALIBRADOR HARPENDEN



3. LEITURA DA ESPESSURA DA PREGA CUTÂNEA.

O ponteiro maior indica milímetros e intervalos de 1/5 de milímetros, enquanto o ponteiro menor indica centímetros (cada volta completa do ponteiro maior corresponde a 20 milímetros). O registro deverá ser feito sempre em milímetros inteiros. Portanto, se o ponteiro maior estiver parado entre as frações de 0 e 2/5 de milímetro deve ser registrado o

valor inferior mais próximo em milímetros; se o ponteiro maior estiver parado além da fração de $3/5$ de milímetro deve ser registrado o valor superior mais próximo em milímetros. Se o ponteiro maior estiver parado entre $2/5$ e $3/5$ de milímetro, o valor registrado será:

- Se o valor inferior em milímetros é par o valor registrado é o valor inferior mais próximo. Exemplo: Leitura: 12 milímetros e $2/5 - 3/5$ de mm. Registro: 12 milímetros.

- Se o valor superior em milímetros é ímpar o valor registrado é o valor superior mais próximo. Exemplo: Leitura: 11 milímetros e $2/5-3/5$ de mm. Registro: 12 milímetros.

ATENÇÃO: Observe o ponteiro maior que registra os centímetros, portanto quando este tiver passado de 2 deverá ser acrescentado ao valor lido 20 milímetros; quando tiver passado de 4 deverá ser acrescentado ao valor lido 40 milímetros.

- Verifique periodicamente se o ponteiro maior coincide com o ponto zero quando a pinça estiver fechada. Para obter esta coincidência gire convenientemente a roda denteada do mostrador.

4. IMPORTANTE: Registre o medidor usado (1,2,3,...)

5. RECOMENDAÇÕES: Conserve o medidor sempre fechado em sua caixa quando não estiver em uso.

INSTRUÇÕES PARA A FREQUÊNCIA DO PULSO

1. INSTRUMENTO

- Cronômetro c/intervalos de 1/5 de segundo

2. APALPAÇÃO DO PULSO

- O indivíduo deverá estar sentado e com o braço direito recostado sobre uma superfície plana (mesa). O observador apalpará o pulso radial com a polpa de quatro dedos (do indicador ao mínimo), sendo que o dedo indicador é o que fica mais próximo da munheca. Com a outra mão o observador deverá acionar o cronômetro. O cronômetro inicia o seu movimento com uma pressão feita pelo polegar sobre a coroa superior (a que está sobre o zero) e a partir deste momento o observador deverá apalpar exatamente 30 pulsações ao cabo das quais, imediatamente, deve pressionar novamente a coroa superior do cronômetro para imobilizar o ponteiro.

3. LEITURA DA FREQUÊNCIA DO PULSO

Após a apalpação das 30 pulsações o observador deverá registrar o tempo decorrido no cronômetro. O ponteiro maior indica segundos e intervalos de 1/5 de segundo. (O ponteiro menor indica os minutos). O registro deve ser feito em segundos. Portanto, se o ponteiro maior estiver parado entre as frações de 0 e 2/5 de segundo deve ser registrado o valor inferior mais próximo em segundos; se o ponteiro maior estiver parado além da fração de 3/5 de segundo deve ser registrado o valor superior mais próximo em segundos. Se o ponteiro maior estiver parado entre 2/5 e 3/5 de segundo; o valor registrado será :

- Se o valor inferior em segundos é par o valor registrado é o valor inferior mais próximo. Exemplo: leitura; 24 seg. e 2/5 - 3/5 de segundo registro: 24 segundos.

- Se o valor inferior em segundos é ímpar o valor registrado é o valor superior mais próximo. Exemplo: leitura: 23 seg. e 2/5 - 3/5 seg. registro: 24 seg.

Para fazer voltar o ponteiro ao zero pressione o botão lateral.

4. IMPORTANTE: Registre o cronômetro utilizado (A, B, C, ...)

5. RECOMENDAÇÕES

- Conserve o cronômetro sempre fechado em sua caixa quando não estiver em uso.

INSTRUÇÕES PARA A ALTURA

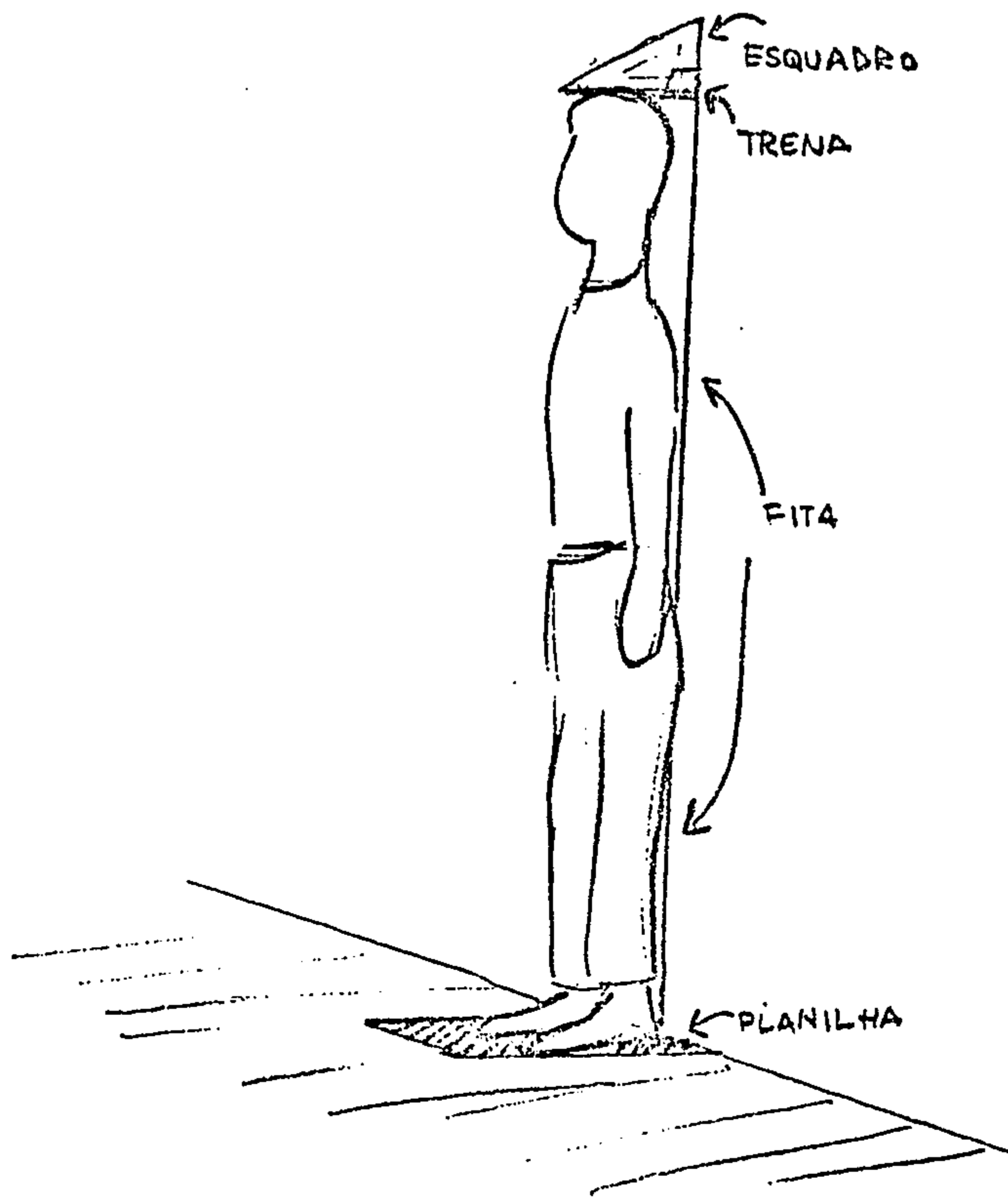
1. INSTRUMENTOS

- Trena de 2 metros, c/trava e esquadro
- Planilha c/grampo

2. MEDIDA DA ALTURA

O indivíduo a ser medido deve se postar, ereto, de costas para uma parede ou outra superfície plana vertical, e com os pés descalços sôbre a planilha. O gancho da trena deve ser fixado no grampo da planilha, nas costas do indivíduo, de tal forma que a fita da trena possa ser perfeitamente esticada no sentido vertical.

A fita da trena deve ser esticada na perpendicular ao plano do piso, nas costas do indivíduo, e sobre a cabeça deste coloca-se o esquadro, travando-se a trena. (Vi de desenho)



3. LEITURA DA ALTURA

O observador pede ao indivíduo que saia de cima da planilha, porém mantém a posição da trena e esquadro, e a seguir lê na superfície inferior do esquadro o valor correspondente à altura em centímetros.

Os valores registrados serão sempre inteiros, de tal modo que as frações de centímetro serão aproximadas para valores inteiros de centímetro. As frações inferiores a 5 mm serão aproximadas para o valor inteiro inferior mais próximo e as frações maiores do que 5 mm serão aproximadas para o valor inteiro superior mais próximo. Se a fração corresponde exatamente a 5 mm usar-se-á a seguinte regra.

Se o valor inteiro inferior é par o valor registrado será o valor inteiro inferior mais próximo. Exemplo: leitura: 170cm e 5 mm → registro: 170 cm.

Se o valor inteiro inferior é ímpar o valor registrado será o valor inteiro superior mais próximo. Exemplo: leitura: 169 cm e 5 mm → registro: 170 cm.

4. IMPORTANTE: Registre a trena utilizada (1,2,3,...)

INSTRUÇÕES PARA CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO

1. INSTRUMENTO: Fita métrica.
2. MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA: O indivíduo deve estar com o braço esquerdo relaxado, na vertical e o antebraço recostado sobre uma superfície plana. Com a fita o observador determina o ponto médio do braço na superfície externa posterior do braço (metade da distância entre o acrômio do omoplata e o olécrano do cúbito). Neste ponto o observador deve fazer um pequeno sinal com a caneta para ali circundar o braço com a fita métrica.
Observação: Circunde o braço de modo que a fita fique perfeitamente ajustada e não apertando o braço.
3. LEITURA DA CIRCUNFERÊNCIA: A fita tem marcações com intervalo de um milímetro. O registro deve ser feito em milímetros inteiros, portanto, valores intermediários devem ser arredondados para o valor equivalente ao traço mais próximo. Quando a marcação ficar exatamente no meio do espaço entre dois traços, o arredondamento deve ser feito para o valor par mais próximo.
4. IMPORTANTE: Registre a fita usada (1, 2, 3,).

PESQUISA
EPIDEMIOLÓGICA
SOBRE
HIPERTENSÃO
ARTERIAL

CONVÊNIO FIOCRUZ
FINEP
S.S.RGS

Dados de Supervisão

Recebimento da ficha:

Dia, Mês, Ano

Data:

--	--	--	--	--	--

Total de fichas anexos

--	--

É da sub-amostra?

1 - Sim 2 - Não

Nº de fichas médicas

--	--

Avaliação

1 - Completa e confiável
2 - Incompleta e inconfiável
3 - Completa, mas problemática
4 - Incompleta e problemática

Relatório anexo ?

1 - Sim 2 - Não

IDENTIFICAÇÃO

Município 1 - 5

--	--	--	--	--

Micro-Região Homogênea 6 - 8

--	--	--

Nº Controle (setor) 9 - 13

--	--	--	--	--

Situação 14, 15

--	--

Domicílio nº 16 - 18

--	--	--

Supervisor: 19-20

--	--

Endereço:

(Rua - Estrada - Nº/Km - apto -

Bairro / Sítio / Fazenda

Localidade - Distrito)

outras indicações necessárias

a localização do domicílio-

TRABALHO DE LOCALIZAÇÃO E ABORDAGEM - 2

VISITA	ENDEREÇO LOCALIZADO?	DATA E HORA DA VISITA	RESULTADO DA VISITA	ACEITAÇÃO DO ESTUDO	DATA INDICADA PARA RETORNAR																
1 ^{a.}	21 <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
2 ^{a.}	24 <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									25 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
3 ^{a.}	27 <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					28 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	1-SIM 2-NÃO 0-NSA	1-Prédio não domiciliar 2-Domicílio não habitado 3-Domicílio fechado 4-Domicílio c/moradores presentes 0-Não se aplica (NSA)		1-SIM 2-NÃO 3-TALVEZ 0-NSA	00 - NSA Rubrica do responsável pelo contato:																

OBSERVAÇÕES:

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO DOMICÍLIO - 3

1. O domicílio é: 30
 1 - Casa Simples
 2 - Casa geminada ou sobrado dividido
 3 - Anexo a prédio comercial
 4 - Apartamento
 5 - Outros _____
 (especificar)
2. Como é feito o abastecimento de água da sua casa? 31
 1 - Dentro de casa
 2 - No quintal
 3 - Fonte próxima (menos de 100 m de distância da casa)
 4 - Fonte distante (100 m ou mais de distância da casa)
3. De onde vem a água desta casa? 32
 1 - Abastecimento público
 2 - Poço ou outra fonte particular
 3 - Fonte natural pública
4. De que são feitas as paredes desta casa? 33
 1 - Tijolo, cimento ou similares
 2 - Madeira tratada com pintura ou verniz
 3 - Madeira sem tratamento ou sobre de construção
 4 - Pau a pique
 5 - Outra _____
 (especificar)
 Instrução: Se a casa for construída por mais de um tipo de material, marcar o que é mais frequente.
5. De que material é o chão da sua casa? 34
 1 - Barro batido
 2 - Cimento
 3 - Taco, tábuas, cerâmica e similares
 4 - Outros _____
 (especificar)
 Instrução: Tomar como base para esta informação o assoalho da peça principal (sala).
6. Quantas peças tem esta casa? 35 36
 Instrução: Incluir banheiro, cozinha, dependências; excluir corredores e varandas.
7. Na sua casa tem sanitário (patente, banheiro, casinha)? 37
 1 - Sim, dentro da casa
 2 - Sim, fora da casa
 3 - Não
8. Essa casa é própria, alugada ou emprestada? 38
 1 - Própria paga
 2 - Própria pagando prestações a particular
 3 - Própria pagando prestações ao BNH
 4 - Alugada
 5 - Empréstada ou cedida
 6 - Outra _____
 (especificar)

9. Sua casa participou de uma pesquisa sobre despesa familiar feita pelo IBGE em 1974 (apresentada por Regina Duarte)? 39
 1 - Sim
 2 - Não
 3 - Não sabe ou não lembra

10. A - Que tipo de sal normalmente se usa na comida nessa casa? 40
 1. grosso 2. médio 3. fino
 B - Quantas vezes por mês vocês assam churrasco nessa casa? 41
 0. Menos de 1 vez por mês
 9. Mais de 8 vezes por mês
 C - O churrasco habitualmente é salgado com sal? 42
 1. grosso 2. médio 3. fino 0. NSA
11. Quantas famílias moram nesta casa? 43

CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS - 4

(a ser preenchido unicamente pela supervisão)

12. Classe de consumo de sal por comensal/dia 44 45 46 47

 Fam 1 Fam 2
13. Classe de receita monetária corrente familiar 48 49 50 51

 Fam 1 Fam 2
14. Classe de ingestão de sal por unidade adulto comensal/dia 52 53 54 55

 Fam 1 Fam 2
15. Classe de receita econômica corrente per capita 56 57 58 59

 Fam 1 Fam 2
16. Estrutura e Tipologia familiar. 60 61 62 63 64 65 66 67

 Fam 1 Fam 2

FICHA DOMICILIAR Nº 68 a 71

 EXAMINADOR 72 73

 ENTREVISTADOR 74 75

 nº de cartões do quadro domicílio anexo 76 77

 nº do cartão domiciliar 78 79 80
 1 0 0

QUADRO DOMICILIAR - 5

FICHA DOMICILIAR Nº

(Incluir todos os moradores, inclusive empregados que durmam na casa. Após relacionar todos os moradores, preencher a linha subsequente com zeros).

Nº de ordem	Nome e Sobrenome	Sexo 1-MAS 2-FEM	Idade (anos completos)	Nº família (1)	Relação com outros moradores do domicílio (2)		Presente?			Ficha individual anexa ? (3)
					Qual? (cód)	De quem? (nº ordem)	1a. vis.	2a. vis.	3a. vis.	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										

Instrução: 1. Se no domicílio houver mais de uma família, dê o nº 1 para família do chefe da casa.

2. Escrever no espaço reservado a cada pessoa a sua relação com outros moradores do mesmo domicílio, da seguinte forma:

- a) Pergunte de quem é filho(a). Se pelo menos um dos pais morar no domicílio, coloque o código 01 na coluna "Qual?" e o "Nº de ordem" de seus pais na coluna "De quem?".
- b) Se nenhum dos pais residir no domicílio, perguntar se é cônjuge (marido, mulher, companheiro) de algum dos moradores. Em caso positivo colocar o código 02 na coluna "Qual?" e o nº de ordem do cônjuge na coluna "De quem?".
- c) Em caso de não ser filho nem cônjuge de algum do domicílio, continuar testando, sempre na ordem apresentada abaixo, até que apareça a primeira relação positiva que será a que se registrará codificada na coluna "Qual?"

- CÓDIGO EM ORDEM:
- 01. filho(a) de... (e de...)
 - 02. cônjuge de...
 - 03. genitor/nora de... (e de...)
 - 04. enteado(a) de...
 - 05. irmão/irmã de... (e de...)
 - 06. neto(a) de... (e de...)
 - 07. sobrinho(a) de... (e de...)
 - 08. primo(a) de... (e de...)
 - 09. cunhado(a) de... (e de...)
 - 10. filho de criação ou adotivo de... (e de...)
 - 11. agregado
 - 12. empregado(a) de...
 - 13. hóspede ou pensionista
 - 14. Outro _____
(especifique)

3. Código

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. Não, está viajando a trabalho
- 4. Não, está viajando por outro motivo
- 5. Não, está hospitalizado ou em tratamento
- 6. Não, por outra razão
- 0. Não se aplica

CARTÃO Nº

78 - 80

ESTRUTURA E TIPOLOGIA FAMILIAR - 6
(a ser preenchido unicamente pela supervisão)

COMPLEMENTO - 7

Usar para:

Relatório de fichas problemáticas
ou croquis de endereços de difícil localização do domicílio
ou simples prolongamento de informações anteriores.

FICHA INDIVIDUAL

IDENTIFICAÇÃO - 1

NOME: _____

Nº DE ORDEM NO DOMICÍLIO

MEMBRO DA FAMÍLIA Nº

ANEXO A FICHA DOMICILIAR Nº

ENTREVISTADOR

MIGRAÇÃO E NATURALIDADE - 2

1. SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO:
 1. Metropolitano (não Porto Alegre) 10
 2. Urbano (não metropolitano)
 3. Rural 4. Porto Alegre

2. VOCÊ SEMPRE MOROU AQUI NESSA CIDADE/VILA /POVOADO/FAZENDA?
 1. Sim, desde que nasceu (passe para a pergunta 11) 11
 2. Não, (passe para a pergunta 3)

3. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ MORA AQUI NESTA LOCALIDADE?
 1. Menos de 1 ano 4.6 a 10 anos 12
 2. 1 a 2 anos 5.11 a 20 anos
 3. 3 a 5 anos 6. Mais de 20 anos
 0. NSA

4. (Para quem mora em área urbana) VOCÊ JÁ MOROU ANTERIORMENTE EM ÁREA RURAL POR MAIS DE 6 MESES? EM CASO POSITIVO, POR QUANTO TEMPO?
 1. Não 13
 2. Sim, menos de 5 anos
 3. Sim, cinco ou mais anos
 0. Não se aplica

5. (Para quem mora em área rural) VOCÊ JÁ MOROU ANTERIORMENTE EM ÁREA URBANA POR MAIS DE 6 MESES? EM CASO POSITIVO, POR QUANTO TEMPO?
 1. Não 14
 2. Sim, menos de 5 anos
 3. Sim, cinco ou mais anos
 0. Não se aplica

6. ONDE VOCÊ MORAVA ANTES DE SE MUDAR PARA CÃ?
 1. Outra localidade Urbana do Rio Grande do Sul. 15
 2. Localidade Urbana de outro Estado do Brasil
 3. Localidade Urbana no Exterior
 4. Outra localidade Rural do Rio Grande do Sul.
 5. Localidade Rural de outro Estado do Brasil
 6. Localidade Rural no Exterior
 0. Não se aplica

PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL CONVÊNIO-FIOCRUZ FINEP S.S.RGS

HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA
 hora min

DATA DA ENTREVISTA
 dia mes

7. POR QUE RAZÃO SE MUDOU PARA CÃ?
 1. Para estudar 16
 2. Para procurar emprego
 3. Para assumir emprego ou posição
 4. Transferência de emprego
 5. Para acompanhar a família
 6. Para se estabelecer comercial ou profissionalmente.
 7. Outro

(especificar)
 8. Não quer responder
 0. Não se aplica

8. ONDE MORAVAM SEUS PAIS QUANDO VOCÊ NASCEU? 17 18
 A. Estado (se brasileiro) ou País.

(especificar)
 B. Município (se gaúcho) 19 a 21
 (especificar)
 000 - Não se aplica (não é gaúcho)

9. O DOMICÍLIO EM QUE MORAVAM FICAVA ONDE?
 1. Cidade 22
 2. Vila
 3. Povoado
 4. Fazenda, Sítio, Chácara ou Outra
 5. Não Sabe
 0. Não se aplica

10. COM QUE IDADE VOCÊ SAIU DESSE LUGAR EM QUE ELES MORAVAM? (em anos completos)
 88. Não Sabe 23 24
 01. Inclui menor de 1 ano
 00. Não se aplica

11. NATURALIDADE MÃE: 25 26
 (especificar estado ou país)

12. NATURALIDADE PAI: 27 28
 (especificar estado ou país)

13. AFORA OS PAIS ALGUM DOS SEUS ASCENDENTES DIRETOS (SANGUÍNEOS) É ESTRANGEIRO? EM CASO POSITIVO, QUEM? (Perguntar na ordem).

1. Tios 7. Tios/Avós brasileiros 29
 2. Avós ros, outros não
 3. Tio-Avós sabe.
 4. Bisavós 8. Todos são brasileiros
 5. Outros _____
 (especificar)

14. (Se a pergunta anterior for positiva) DE QUE PAÍS(ES) ERAM NATURAIS?

_____ 30 31
 (especificar)

_____ 32 33
 (especificar)

00 - Não se aplica

MINORIAS ÉTNICAS - 3

15. OS SEUS PAIS SÃO JUDEUS? (passe p/ perg. 18) 34

1. Sim - ambos os pais
 2. Sim - um dos pais
 3. Não
 4. Não Sabe

16. OS SEUS PAIS SÃO ÍNDIOS? 35

1. Sim - ambos os pais
 2. Sim - um dos pais
 3. Não
 4. Não Sabe
 0. Não se aplica (os pais são judeus)

17. SE FOR FILHO DE ÍNDIO, DE QUE TRIBO? 36

1. Especificar _____
 2. Não Sabe
 0. Não se aplica

DADOS BIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS BÁSICOS - 4

(As perguntas de 18 a 20 a seguir são de observação, não perguntar) 37

18. SEXO: 1. Masc. 2. Fem.

19. COR: 1. Branco 3. Pardo 38
 2. Preto 4. Outros

20. CABELOS: 1. Lisos escorridos
 2. Encaracolados e ondulados
 3. Encarapinhados
 4. Não é possível classificar. 39

21. IDADE (em anos completos) 40 41

22. ESTADO CIVIL (legal): 42
 1. Solteiro 3. Desquitado
 2. Casado 4. Viúvo

23. SITUAÇÃO CONJUGAL (de fato): 43
 1. Vive só (sem união estável)
 2. Vive com esposa (o)
 3. Vive com companheira (o)

ESCOLARIDADE E QUALIFICAÇÃO - 5

24. VOCÊ AINDA ESTÁ ESTUDANDO? 44

1. Sim, cursos regulares oficiais inclusive técnicos profissionais
 2. Sim, cursos regulares paralelos oficiais (móvel, supletivo, pré-vestibular, etc.)
 3. Sim, cursos de extensão e aperfeiçoamento
 4. Não

25. QUAL O NÍVEL DE INSTRUÇÃO QUE COMPLETOU? 45

1. Analfabeto
 2. Só lê e escreve
 3. Primário ou 4ª. série do 1º grau
 4. Ginásio ou 1º grau
 5. Secundário ou 2º grau
 6. Curso Superior

26. VOCÊ TEM UMA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL? 46 a 48

888. Não
 Sim _____
 (especifique)

(codificação a cargo do supervisor)

Ocupação - Posição Social e Econômica - 6

27. VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO NO MOMENTO? 49

1. Sim (passe a questão 30)
 2. Não (passe a questão 28)

28. POR QUE VOCÊ NÃO ESTÁ TRABALHANDO? 50

1. Estudante 6. Dona de Casa
 2. Aposentado 7. Outros
 3. Incapacidade
 4. Em benefício
 5. Desempregado (especifique)
 0. Não se aplica

29. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ PAROU DE TRABALHAR? 51 52

- A. nº de unidades
 B. 1. dias 53
 2. meses completos
 3. anos completos
 4. nunca trabalhou (passe p.40)
 0. NSA (só para 1 na 27)

30. A. EM QUE VOCÊ TRABALHA (OU TRABALHAVA)? 54 a 56

INSTRUÇÃO: Especificar a ocupação declarada, e a que faz o entrevistado no seu trabalho. Escreva também qual a natureza da firma ou ramo de atividade econômica em que trabalha. Se o entrevistado tiver mais de uma ocupação, anotar aqui aquela que lhe ocupa o maior nº de horas semanais. Não codifique - o supervisor o fará a não ser NSA - 000 (só para 4 na 29B)

B. QUAL O SETOR ECONÔMICO EM EXERCE OU EXERCIA OCUPAÇÃO?

1. Primário 57
2. Secundário
3. Terciário
0. NSA

31. QUANTAS HORAS POR SEMANA VOCÊ TRABALHA (OU TRABALHAVA) NESSA OCUPAÇÃO? (Inclua uma estimativa das horas extra-semanais)
00 - NSA

58 59

32. NO SEU TRABALHO VOCÊ É (OU ERA):
(Para quem vive da agricultura, passar a questão 33)

- Não se aplica 60 61
01. Vive da Terra
00. Nunca trabalhou
- Funcionário ou Empregado do Governo (incluir cargos eletivos e empresas públicas).
11. Federal 12. Estadual 13. Municipal

- Empregado de Firma ou Empresa com:

21. Menos de 10 empregados
22. 10 a 50 empregados
23. Mais de 50 empregados

- Dono de Firma ou Empresa com:

31. Menos de 10 empregados
32. 10 a 50 empregados
33. Mais de 50 empregados

- Trabalha ou trabalhava por conta própria.

41. sozinho - regularmente
42. com sócio - regularmente
43. com ajudantes não remunerados ou menos de três empregados
44. em biscate que aparecem ou apareciam.

- Auxilia ou auxiliava membro da família ou pessoas físicas

51. Sem remuneração direta e regular
52. Com remuneração
- Vive dos Rendimentos de:
61. Aluguel de Imóveis Urbanos, Letras, Ações, etc.
62. Pensões.

33. QUAL A SUA POSIÇÃO NA TERRA QUE LHE SUSTENTA OU SUSTENTAVA?

- Proprietário 62 63
11. Explora com uso de empregados
12. Explora sozinho ou com membros da família.
13. Explora com sócio (parceiro)
14. Arrenda a terra
15. Não explora

- Arrendatário (ou sub-arrendatário)

21. Explora sozinho ou com membros da família
22. Explora com uso de empregados
23. Explora com sócio (parceiro)

- Parceiro (ou sub-Parceiro)

31. Empregado
32. Por conta própria
33. Empregador

- Ajudante remunerado ou não

41. Agregado à família
42. Membro da família que trabalha no campo

- Empregado (assalariado)

51. Permanente
52. Por empreitada
53. Diarista

- Outros

61. Comodatário
62. Posseiro - Explora só ou c/ família
63. Posseiro - Tem sócio ou arrenda
64. Outros

- Não se Aplica

01. Não vive do Campo
00. Nunca trabalhou

34. QUAL O TAMANHO DA PROPRIEDADE DA QUAL VOCÊ VIVE OU TIRAVA O SUSTENTO?

64 65 66

(especifique)

(deixar código para o supervisor)

35. QUANTO VOCÊ GANHA EM MÉDIA POR MÊS?

Cr\$ 67 a 72

36. VOCÊ PAGA OU PAGAVA OU DESCONTAVA PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL? QUAL INSTITUTO?

1. Não
2. Sim, INPS 73
3. Sim, FUNRURAL
4. Sim, IPE
5. Sim, IPASE
6. Outro _____

(especificar)

7. Não sabe

0. Não se aplica (nunca trabalhou)

37. COM QUE IDADE VOCÊ COMEÇOU A TRABALHAR? (em anos completos)

- NSA. 00 (Nunca trabalhou) 74 75

38. EM SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS, MAIS DIÁRIAS VOCÊ TRABALHA NO PESADO, ISTO É, FAZ MUITO ESFORÇO FÍSICO?

1. Sim 76
2. Não (passe p/pergunta 40)

0. Não se aplica (nunca trabalhou ou não trabalha no momento)

39. VOCÊ SUA (TRANSPIRA) ENQUANTO ESTÁ TRABALHANDO?

1. Sim
2. Não
0. Não se Aplica (Nunca trabalhou ou não está trabalhando no momento).

Cartão nº

78 - 80
 2 0 1

HÁBITOS - 7

40. VOCÊ FUMA OU FUMAVA? 10
 1. Nunca fumou (passe a perg.43)
 2. Parou de fumar
 3. Fuma atualmente
 4. Fuma irregularmente, ocasionalmente
41. O QUE VOCÊ FUMA OU FUMAVA? EM QUE QUANTIDADE? (para cachimbo conte quantas vezes era renovado o fumo)
- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cigarro | 11 | 12 13 | 14 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palheiro | 15 | 16 17 | 18 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Charuto ou Cigarrilha | 19 | 20 21 | 22 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cachimbo | 23 | 24 25 | 26 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
1. Sim (quantidade) 1. P/Dia
 2. Não 2. P/Mês
 3. P/Ano
 (Preencher com zeros se NSA)
42. VOCÊ TRAGA OU TRAGAVA? 27
 1. Sim 2. Não
 0. Não se Aplica
43. VOCÊ COMEÇOU A FUMAR COM QUE IDADE? (em anos completos) 28 29
 00 Não se Aplica
44. (Apenas para ex-fumantes) VOCÊ PAROU DE FUMAR COM QUE IDADE? (em anos completos) 30 31
 00 Não se Aplica
45. VOCÊ ACRESCENTA SAL NOS PRATOS TEMPERADOS ANTES DE PROVÁ-LOS, NA MESA? 32
 1. Sim
 2. Não, mas acrescenta após provar
 3. Nunca acrescenta
46. QUANTAS REFEIÇÕES EM MÉDIA POR SEMANA VOCÊ FAZ FORA DE CASA? (considerar 3 por dia) 33 34
47. VOCÊ PRÁTICA ALGUM ESPORTE? 35
 1. Sim
 2. Não (passe para a pergunta 50)
48. QUE ESPORTE VOCÊ PRÁTICA COM MAIS FREQUÊNCIA? 36
 1. Futebol 5. Outros
 2. Natação
 3. Voleibol (especifique)
 4. Basquetebol 0. Não se Aplica
49. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEM PRATICADO ESPORTES? 37
 1. Duas ou mais vezes por semana
 2. Uma vez por semana
 3. De uma a três vezes por mês
 4. Menos de uma vez por mês

50. VOCÊ BEBE BEBIDAS ALCOOLICAS? COM QUE FREQUÊNCIA? 38
 1. Sim, ocasionalmente
 2. Sim, pelo menos uma vez por semana
 3. Sim, diariamente
 4. Não
 5. Bebia, mas parou
 6. Não quer responder
51. QUE TIPO DE BEBIDA VOCÊ BEBE OU BEBIA MAIS FREQUENTEMENTE? 39
 1. Uisque, cachaça, gim, rum, vodka, conhaque
 2. Licor, vermute, campari
 3. Vinho, cerveja
 4. combinação das anteriores
 5. Outro _____ (especificar)
 0. Não se aplica (não bebe)
52. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE REBEU? 40
 1. Hoje ou ontem
 2. Há menos de uma semana
 3. Há mais de uma semana
 4. Há mais de um mês
 0. Não se aplica
53. QUE TIPO DE BEBIDA TOMOU NESSA OCASIÃO? 41
 (especifique e use o mesmo código da pergunta 51)
54. QUE QUANTIDADE TOMOU? 42
 A. Unidade: 1. cálices ou doses
 2. copos médios
 3. copos grandes
 4. canecos
 5. garrafas
 0. NSA
 B. Quantidade: 43 44

ITENS MÉDICOS - 8

55. VOCÊ JÁ TIROU ALGUMA VEZ SUA PRESSÃO ARTERIAL? 45
 1. Sim
 2. Não (passe para a pergunta 60)
 3. Não lembra (passe para a pergunta 60)
56. ALGUM MÉDICO JÁ LHE DISSE QUE SUA PRESSÃO É ALTA? 46
 1. Sim
 2. Não (passe a pergunta 60)
 3. Não lembra (passe a pergunta 60)
 0. Não se aplica
57. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ SABE QUE TEM PRESSÃO ALTA? 47 48
 01. 1 ano ou menos
 00. Não se aplica
58. VOCÊ TRATOU OU TRATA DE SUA PRESSÃO ALTA? 49
 1. Nunca tratou
 2. Tratou no passado, mas não está tratando mais
 3. Está em tratamento
 0. Não se aplica

59. (Para quem já tratou sua Pressão Alta e parou) PORQUE VOCÊ PAROU O TRATAMENTO?
 (Para quem nunca tratou sua Pressão Alta) PORQUE VOCÊ NUNCA TRATOU? 50

1. Pressão normalizou, segundo o médico
2. Não teve mais sintomas
3. Remédios caros
4. Remédios deram para-efeitos (reação)
5. Não obteve mais consulta médica
6. Outros: _____

(especifique)
 0. Não se aplica

60. VOCÊ ESTÁ TOMANDO ATUALMENTE ALGUM MEDICAMENTO? QUAIS? 51 52

Instrução: Peça os vidros ou caixas e escreva abaixo. Não codifique a não ser: 01. Não está tomando medicamentos.

61. VOCÊ ESTÁ FAZENDO DIETA ATUALMENTE? QUAL? 53

1. Sim, dieta sem sal
2. Sim, dieta para emagrecer
3. Sim, ambas (1,2)
4. Sim, outra _____ (especificar)
5. Não

HISTÓRIA REPRODUTIVA - 9

(Somente para mulheres casadas, companheiras ou que tenham tido pelo menos 1 filho do item 62 ao 68)

62. VOCÊ ESTÁ TOMANDO OU JÁ TOMOU A PÍLULA (anticoncepcional oral?) 54

1. Sim. Qual? _____ (pedir a caixa p/especificar)
2. Não (Passe à questão 64)
3. Tomava, mas não toma mais.
0. NSA

63. HÁ (OU POR), QUANTO TEMPO VOCÊ FAZ (OU FEZ) USO DE ANTICONCEPCIONAL? 55

1. 1 ano ou menos regularmente
2. 1 ano ou menos irregularmente
3. 2 a 5 anos regularmente
4. 2 a 5 anos irregularmente
5. 6 ou mais anos regularmente
6. 6 ou mais anos irregularmente
- 0: Não se Aplica

64. VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA ATUALMENTE? 56

1. Sim
2. Não
3. Acha que sim
4. Não Sabe
0. NSA

65. QUANTOS FILHOS NASCIDOS VIVOS VOCÊ TEVE? 57 58

00 - NSA

88 - Nenhum

66. QUANTOS FILHOS NASCIDOS MORTOS VOCÊ TEVE? 59 60

00 - NSA

88 - Nenhum

67. QUANTAS VEZES ABORTOU? 61 62

00 - NSA

88 - Nenhuma

68. DURANTE ALGUMA GRAVIDEZ VOCÊ TEVE CRISE DE PRESSÃO ALTA COM FALTA DE AR E INCHAÇÃO, PASSAMENTO OU CONVULSÃO (ataque)? 63

1. Sim
2. Não
3. Não Sabe
4. NSA (mulheres que nunca engravidaram)

HORÁRIO DO FIM DA ENTREVISTA 74 - 77

hora min

CARTÃO Nº 78 - 80

2 0 2

OBSERVAÇÕES - 10

IDENTIFICAÇÃO - 1

NOME:

Nº DE ORDEM NO DOMICÍLIO 1 2

MEMBRO DA FAMÍLIA Nº 3

ANEXO A FICHA DOMICILIAR Nº 4 5 6 7

EXAMINADOR 8 9

1a. SÉRIE DE MEDIDAS - 2

HORA DO INÍCIO DA TOMADA DAS MEDIDAS 10 11 12 13
hora min

1a. MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL (braço esquerdo) - mm Hg SISTÓLICA 14 15 16

1a. DIASTÓLICA 17 18 19

2a. DIASTÓLICA 20 21 22

1a. CONTAGEM DO PULSO PERIFÉRICO (punho esquerdo) Nº DE SEGS. PARA CADA 30 BATIMENTOS 23 24

PESO (sem sapatos e casacos) QUILOS 25 26 27

ALTURA (sem sapatos) CENTÍMETROS 28 29 30

CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO (esquerdo) MILÍMETROS 31 - 33

2a. SÉRIE DE MEDIDAS - 3

HORA DO INÍCIO DA TOMADA DAS MEDIDAS (pelo menos 30 minutos após o início da 1a. série de tomadas) 34 - 37
hora min

2a. MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL (braço esquerdo) SISTÓLICA 38 - 40

1a. DIASTÓLICA 41 - 43

2a. DIASTÓLICA 44 - 46

2a. CONTAGEM DO PULSO PERIFÉRICO (braço esquerdo) Nº DE SEGS. PARA 30 BATIMENTOS 47 48

FICHA DE MEDIDAS INDIVIDUAIS

PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL

CONVÊNIO: FINEP
FIOCRUZ
S.S.RGS

DATA DA COLETA DOS DADOS:
dia mes

INSTRUMENTOS UTILIZADOS - ROTINA - 4

ESFIGMOMANÔMETRO Nº 49 50

BALANÇA Nº 51 52

EXAME DE LABORATÓRIO - 5

COLETA DA URINA DIA 53 54
mes 55 56

HORA
min.

REMESSA DA URINA: DIA 57 58
mes 59 - 61

Nº AMOSTRA CASUAL 0
 62 - 64

Nº AMOSTRA DUPLICADA 00-NSA (não realizado) 5

RESULTADO DO EXAME: DATA EXECUÇÃO 65 - 68
dia mes

DOSAGEM DO SÓDIO 69 - 71

DOSAGEM DE CREATININA 72 - 75

ÍNDICE DE REFRAÇÃO 76 77

Nº DO CARTÃO 78 - 80
 3 0 1

FICHA DE CONTROLE E SUPERVISÃO

PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA
SOBRE
HIPERTENSÃO ARTERIAL

Município: _____ Supervisor: _____ Data: _____

SITUAÇÃO	Nº CONTROLE	Nº LISTAGEM	Nº FICHA DOMICILIAR(*) (em ordem)	DOMICÍLIO PERDIDO ? RAZÃO DA PERDA	Nº MORADORES DE 20 A 75	Nº INDIVÍDUOS PERDIDOS	RAZÃO DA PERDA DE INDIVÍDUOS	Nº DE AMOSTRAS URINA OBTIDAS**	DOMICÍLIO É DA SUB-AMOSTRA?	Nº DE ECG OBTIDOS	Nº DE AMOSTRAS URINA OBTIDAS (24)	Nº DE AMOSTRAS SANGUE OBTIDAS	OBSERVAÇÕES

* Listar e numerar todos os domicílios planejados no ENDEF.
** Excluidas as duplicatas.

PESQUISA
EPIDEMIOLÓGICA
SOBRE
HIPERTENSÃO
ARTERIAL.

CONVÊNIO: FINEP
FIOCRUZ
S.S.:RGS

FICHA DE CONTROLE
ESTATÍSTICO
DE QUALIDADE

IDENTIFICAÇÃO - 1

Nº ORDEM NO DOMICÍLIO		MEMBRO DA FAMÍLIA Nº		ANEXO À FICHA DOMICILIAR Nº			MUNICÍPIO Nº		SITUAÇÃO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CONTROLE DO ENTREVISTADOR - 2

ENTREVISTADOR Nº		QUESTÃO 3	QUESTÃO 10	QUESTÃO 18	QUESTÃO 21 (idade)	QUESTÃO 28	QUESTÃO 32	QUESTÃO 33	QUESTÃO 50	QUESTÃO 59	QUESTÃO 64	QUESTÃO 65					
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

CONTROLE DO EXAMINADOR - 3

2a. TOMADA DA TENSÃO ARTERIAL
(em mm Hg)

EXAMINADOR Nº	PESO (em Kg)	CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO	SISTÓLICA	1a. DIASTÓLICA	2a. DIASTÓLICA											
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

CONTROLE DO SUPERVISOR - 4

2a. TOMADA DA TENSÃO ARTERIAL
(em mm Hg)

SUPERVISOR Nº	QUESTÃO 5	QUESTÃO 12	QUESTÃO 24	QUESTÃO 37 A	SISTÓLICA	1a. DIASTÓLICA	2a. DIASTÓLICA	GLICOFITA (Nº DE CRUZES)							
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61

DATA DO PREENCHIMENTO

Dia		Mês	
62	63	64	65

Assinatura do Supervisor



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Porto Alegre, 02 de agosto de 1978.

Prezado(a) Senhor(a):

Como é do seu conhecimento este é o ano mundial da hipertensão (pressão alta), tendo sido decretado pela Organização Mundial da Saúde em virtude da crescente importância dessa doença para a saúde das pessoas.

Em vista disso a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, em Convênio com a Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, está realizando uma pesquisa com a finalidade de melhor conhecer as características da hipertensão arterial na população de 20 anos ou mais de nosso Estado, para organizar ações de saúde visando ao seu combate.


A realização de tal pesquisa implica no preenchimento de um questionário e na tomada da pressão arterial e de outras medidas relevantes para o conhecimento do problema, como, por exemplo, a realização de um Eletrocardiograma em algumas pessoas.

Este trabalho foi concluído no interior do Rio Grande do Sul e teve excelente acolhida por parte da população. Para que consigamos atingir plenamente nossos objetivos necessitamos da sua colaboração e de seus familiares, uma vez que seu endereço foi um dos sorteados dentre os moradores de Porto Alegre.

Durante os meses de setembro e outubro o(a) Senhor(a) receberá a visita de uma equipe de pesquisadores, devidamente credenciada, que não lhe tomará mais de 60 minutos, e solicitará sua colaboração para o fornecimento dos dados anteriormente descritos.

Nossos pesquisadores podem ser identificados, pelos aventais azuis e por uma carteira de identidade da Secretaria da Saúde. Seja atencioso(a) com eles.

Cordialmente,


FRANCISCO SALZANO V. DA CUNHA
Secretário de Estado da Saúde

/ts

Para facilitar nosso trabalho e não importunar com múltiplas visitas, solicitamos assinalar as informações abaixo:

NOME DO CHEFE DA FAMÍLIA: _____

Endereço: _____

Horário que habitualmente todas as pessoas de 20 anos e mais que moram no domicílio podem ser encontradas em casa. (Marque com um "X" os dias e horários mais convenientes para receber os pesquisadores.)

	10.00 às 14.00 h	14.00 às 18.00 h	18.00 às 22.00 h
SEGUNDA			
TERÇA			
QUARTA			
QUINTA			
SEXTA			
SÁBADO			
DOMINGO			

Muito Grato.

Coloque esta folha dentro do envelope com o endereço impresso, e devolva-nos o mais rápido possível.

FOLHA DE PRODUÇÃO DOS
PESQUISADORES DE CAMPO

PESQUISA
EPIDEMIOLÓGICA
SOBRE
HIPERTENSÃO
ARTERIAL

CONVÊNIO: FIOCRUZ
FINEP
SSRGS

SEMANA DE ____ A ____

SUPERVISOR _____

	NOME DO PESQUISADOR	Nº de Fichas Domiciliares	Nº de Fichas Individuais Preenchidas	Nº de Domicílios não perdidos e completos
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Data:

Assinatura do Supervisor:

PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
CONVÊNIO FINEP/FIOCRUZ/SSRGS

DATA DA ENTREVISTA: _____
SUPERVISOR: _____

FICHA DE COLETA DE AMOSTRAS DE SANGUE E DE URINA DE 24 HORAS.

RÓTULO Nº IDENTIFICAÇÃO	NOME DO INDIVÍDUO	ENDEREÇO DO DOMICÍLIO	HORÁRIO DA SAÍDA MATINAL	VOLUME DA URINA DE 24 HORAS	SANGUE COLETADO?	HORÁRIO DA COLETA DE SANGUE	OBSERVAÇÕES

Data da Coleta: _____

362

Responsável pela Coleta: _____

INSTRUÇÕES ESPECIAIS PARA A AMOSTRA DUPLA

1. A área de supervisão da Ficha da Sub-Amostra ficará prejudicada, em particular a 1.^a tomada da Pressão Arterial e a opinião do indivíduo devem ser preenchidas com zeros. A verificação das questões da ficha Individual, no entanto, pode ser realizada.
2. Coletar a amostra casual de urina, registrando seu número na Ficha de Medidas Individuais.
3. Nessa amostra aplicar a glicofita e anotar seu resultado na Ficha da Sub-Amostra.
4. Deixar o tarro para coletar urina de 24 horas com instrução para o indivíduo começar a coletar a partir da 1.^a urina da manhã seguinte.
5. Não coletar a amostra de sangue no papel de filtro.
6. Obter horário da saída matinal do dia que completa as 24 horas de coleta de urina e pedir para, se possível, esperar para só sair às 08 horas, após a chegada da "Enfermeira".
7. Deixar instruções para que na manhã em questão os moradores permaneçam em jejum até a chegada da "Enfermeira" que coletará a urina e amostra de sangue por punção venosa.
8. Preencher a ficha de coleta de amostras e deixá-la em local convencionado para a "Enfermeira" no I.P.B., no mesmo dia da entrevista, para que na manhã subsequente ela possa planejar seu dia seguinte.
9. Observar as instruções de números 1 a 5 das instruções para a supervisão da amostra simples.

NOTA: O Sangue servirá para dosar o açúcar no sangue. O resultado desse exame poderá ser obtido em 72 horas pelo indivíduo no I.P.B. - Rua Domingos Crescêncio, 132.

INSTRUÇÕES PARA A SUPERVISÃO DA AMOSTRA SIMPLES

1. Preencher as fichas de Controle de Qualidade da Produção das equipes sob sua supervisão, aproveitando para uma revisão geral.
2. Levar essas fichas, bem como, as preenchidas pelos médicos das outras equipes para a perfuração dos cartões.
3. Preencher a ficha de Controle e Supervisão.
4. Anotar a produção individual de cada pesquisador de campo em termos de fichas domiciliares e de fichas individuais preenchidas e de domicílios não perdidos e completos.
5. Entregar esse levantamento semanalmente para que o Flavio possa proceder ao pagamento.
6. Sortear 1/10 dos domicílios realizados pelas equipes (inclusive os perdidos, demolidos, etc)* e visitar os mesmos de posse da pasta do domicílio, verificando:
 - a. Na Ficha Domiciliar: se a composição etária da família está correta; se as razões de perdas individuais estão também corretas.
 - b. Nas Fichas Individuais: Se as perguntas sobre migração, ocupação e história reprodutiva estão corretas.
 - c. Se os pesquisadores permaneceram pelo menos 35 minutos no domicílio, se pareceram apressados demais, se tiraram duas vezes a pressão (no início e no fim da visita) e se deixaram impressão favorável.
7. Qualquer informação falsa de uma dupla de pesquisadores que pareça ter sido intencional implicará em comunicar ao Flavio para a suspensão imediata dos mesmos, ficando o pagamento dos quatro últimos domicílios feitos pelos mesmos prejudicados. Esses últimos quatro domicílios devem ser visitados pelo supervisor e se qualquer deles apresentar o mesmo tipo de erro ou omissão, desligar da Pesquisa definitivamente a dupla.

365

* 1/10 dos domicílios corresponderá de 10 a 12 domicílios por semana para o que acreditamos necessário dois dias da semana.

TAREFAS DA COLETA DE AMOSTRAS DE SANGUE E DE URINA DE 24 HORAS

1. Estar no IPB às 06 horas da manhã para apanhar material de coleta, a saber:
 - a. tubos de ensalo com vácuo
 - b. agulhas
 - c. adaptador p/introdução da agulha na vela
 - d. álcool
 - e. algodão
 - f. borracha para garrote (1)
 - g. funil
 - h. copo graduado (1)
 - i. frascos de 50 ml boca estreita com tampa de rosca
 - j. rótulos
 - k. papel de filtro
2. A quantidade de cada um dos itens acima será de acordo com o número de pessoas registradas nas listas de domicílios que os supervisores deixarem prontos.
3. Coleta de Sangue
 - a. Certificar-se se a pessoa está em jejum, especialmente se não comeu nada ou se não tomou algo doce ou gorduroso. Em caso de suspeita que isso possa ter acontecido anotar.
 - b. Preparar o braço com o garrote.
 - c. Introduzir a agulha com o adaptador.
 - d. Colocar um tubo com vácuo, quando completo tirar o tubo e colocar um segundo tubo com vácuo.
 - e. Retirar a agulha deixando pingar duas gotas em papel de filtro.
 - f. Colocar algodão embebido em álcool na dobra do braço.
 - g. Rotular os tubos de sangue e o papel de filtro com os números adequados, isto é: nº do domicílio, seguido do número 3 (três), seguido do número de ordem do membro da família e data da coleta.

4. Urina

- a. Pedir o tarro de urina e perguntar se efetivamente toda a urina das últimas 24 horas foram depositadas no tarro. Caso seja incompleto registrar esse evento.
- b. Medir o volume de urina do tarro usando o copo graduado.
- c. Passar um pouco da urina do tarro usando o funil para a va silha plástica com tampo.
- d. Rotular a amostra de urina da mesma maneira que o sangue.
- e. Desoontar o resto da urina do tarro.
- f. Trazer o tarro vazio de volta.

5. Trazer o material coletado às 08 horas para o IPB onde será feito:

- a. Amostras de urina deverão ser colocadas na câmara fria do 3º andar, juntamente com uma lista de resultados de exame de urina.
- b. Amostras de sangue deverão ser centrifugadas para separar o soro a 1500 rotações por minuto.
- c. Pipetar o soro e transferir o mesmo para vidrinhos com tam pa de rosca.
- d. Rotular os vidrinhos de sangue e entregar para dosagem de glicose.
- e. O resto do soro deverá ser levado a congelador à -70°C.

6. Pode ir para casa e voltar amanhã às 06 horas da manhã.

FICHA DA SUB-AMOSTRA

IDENTIFICAÇÃO - 1

Nº DE ORDEM NO DOMICÍLIO ^{1 2}

MEMBRO DA FAMÍLIA Nº ³

ANEXO A FICHA DOMICILIAR Nº ^{4 5 6 7}

SUPERVISOR ^{8 9}

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: ^{10 - 15}

DIA MÊS ANO

SUPERVISÃO - 2

1a. TOMADA DA PRESSÃO ARTERIAL

SISTOL. ^{16 - 18}

1a. DIAST. ^{19 - 21}

2a. DIAST. ^{22 - 24}

2. VERIFICAÇÃO DE QUESTÕES DA FICHA INDIVIDUAL: 25

1 - TODAS CORRETAS

2 - ERRO NO GRUPO "A"

3 - " " "B"

4 - " " "C"

5 - ERROS NOS GRUPOS "A" e "B"

6 - " " " A e C

7 - " " " B e C

8 - " " " A, B e C

3. Nº DE PERGUNTAS CORRIGIDAS 26 27

QUAIS? _____

PESQUISA
EPIDEMIOLÓGICA
SOBRE
HIPERTENSÃO
ARTERIAL

CONVÊNIO: FINEP
FIOCRUZ
S.S.RGS

4. OPINIÃO DO INDIVÍDUO SOBRE O EXAMINADOR E O ENTREVISTADOR. 28

1. FAVORÁVEL PARA AMBOS

2. " SÓ PARA EXAMINADOR

3. " SÓ PARA ENTREVISTADOR

4. DESFAVORÁVEL PARA AMBOS

- CASO SEJA DESFAVORÁVEL PARA UM OU AMBOS ESPECIFICAR A RAZÃO:

DIAGNÓSTICOS ANTERIORES - 3

5. VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DO CORAÇÃO? 29

1. SIM

2. NÃO (PASSE À QUESTÃO 10)

3. NÃO SABE (PASSE À QUESTÃO 9)

6. ESSE PROBLEMA FOI IDENTIFICADO POR MÉDICO? EM CASO POSITIVO, QUAL FOI O DIAGNÓSTICO? 30 31

00 - NÃO SE APLICA

01 - NÃO FOI IDENTIFICADO POR MÉDICO (PASSE À QUESTÃO 9)

02 - FOI IDENTIFICADO POR MÉDICO, MAS NÃO SABE DIAGNÓSTICO.

- DIAGNÓSTICO: _____

(especificar)

7. ESTÁ FAZENDO(OU FEZ) TRATAMENTO PARA ISSO? 32

1. SIM

2. NÃO, MAS JÁ FEZ

3. NSA

8. (EM CASO POSITIVO) QUE MEDICAMENTOS TOMA OU TOMOU? (De preferência olhar as embalagens) 33
- 1- DIURÉTICOS _____
- 2- DIGITÁLICOS _____
- 3- ANTI-ARRITMICOS _____
- 4- ANTI-HIPERTENSIVOS _____
- 5- ANALGÉSICOS _____
- 6- CALMANTES _____
- 7- OUTROS _____
- 8- NÃO SABE _____
- 9- NSA _____
9. QUAIS SÃO (OU ERAM) SEUS SINTOMAS?
- A - FALTA DE AR (FOLEGO CURTO) 34
- B - INCHAÇÃO 35
- C - PALPITAÇÕES 36
- D - CANSEIRA 37
- E - DOR NO PEITO POR 10 MINUTOS OU MENOS 38
- F - DOR FORTE NO PEITO POR MAIS DE 1/2 HORA 39
- G - OUTRO _____ 40
- especificar
- 1 - SIM 2 - NÃO 0 - NSA
10. HÁ QUANTO TEMPO COMEÇARAM OS SINTOMAS? 40 41
- UNIDADE DE TEMPO: 1-ANO 2- MESES 42
- 0 - NSA
11. VOCÊ JÁ FOI HOSPITALIZADO ALGUMA VEZ? 43
- 1 - SIM - POR PROBLEMA DO CORAÇÃO _____
- 2 - SIM - POR CIRURGIA. QUAL? _____
- 3 - SIM - POR OUTRO PROBLEMA CLÍNICO. QUAL? _____
- 4 - NÃO 44
12. VOCÊ ESTÁ FAZENDO TRATAMENTO PARA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? 45
- 1 - SIM. QUE PROBLEMA? _____
- 2 - NÃO. (PASSE A QUESTÃO 15)
13. VOCÊ ESTÁ TOMANDO ALGUM REMÉDIO REGULARMENTE? 45
- 1 - SIM
- 2 - NÃO - (PASSE À QUESTÃO 15)
- 0 - NSA

14. QUE MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO ATUAL MENTE? 46 47
- _____
- _____
- _____
15. REVISÃO DE DIAGNÓSTICO: - VOCÊ JÁ TEVE (OU TEM) DIAGNÓSTICADO POR MÉDICO:
- A - DIABETE (AÇUCAR NO SANGUE) 48
- B - FEBRE REUMÁTICA 49
- C -ALGUMA DOENÇA DO RIM. QUAL? 50
- _____
- D - INFARTO DO MOCARDIO 51
- E - DERRAME CEREBRAL 52
- F - DOENÇA DE CHAGAS 53
- G - ENFIZEMA PULMONAR 54
- H - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA 55
- I - CARDIOPATIA CONGÊNITA 56
- J - HIPERTENSÃO ARTERIAL 57
- 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SABE
- DOR PRÉ-CORDIAL AO ESFORÇO - 4**
16. VOCÊ JÁ SENTIU DOR, DESCONFORTO, APERTO OU PESO NO PEITO? 58
- 1 - SIM
- 2 - NÃO (PASSE À QUESTÃO 23)
17. SENTE ESSA DOR/APERTO QUANDO SOBE UMA LOMBA OU ESCADAS OU CAMINHA DEPRESSA OU TRABALHA NO PESADO? 59
- 1 - SIM
- 2 - NÃO
- 3 - NUNCA SOBE LOMBA, ESCADAS OU CAMINHA DEPRESSA.
- 0 - NSA
18. SENTE ISSO QUANDO CAMINHA EM PASSO NORMAL OU EM TERRENO PLANO? 60
- 1 - SIM
- 2 - NÃO
- 0 - NSA

19. O QUE VOCÊ FAZ QUANDO ESSA DOR/APERTO SURGE AO CAMINHAR? 61

1 - PÁRA OU CAMINHA MAIS DEVAGAR
2 - CONTINUA, PORÉM TOMA UM COMPRIMIDO SUB-LINGUAL
3 - CONTINUA (PASSE À QUESTÃO 23)
0 - NSA

20. NESTE CASO, O QUE ACONTECE? A DOR/APERTO 62

1 - ALIVIA
2 - NÃO ALIVIA (PASSE À QUESTÃO 23)
0 - NSA

21. SE ALIVIA, EM QUANTO TEMPO? 63

1 - 10 MINUTOS OU MENOS
2 - MAIS DE 10 MINUTOS (PASSE À QUESTÃO 23)
0 - NSA

22. MOSTRE ONDE É A DOR. 64

1 - REGIÃO ESTERNAL (SUPERIOR OU MÉDIA)
2 - REGIÃO ESTERNAL INTERIOR
3 - REGIÃO ANTERIOR E ESQUERDA DO TÓRAX.
4 - IRRADIADA AO BRAÇO ESQUERDO
5 - OUTRAS _____
(especificar)
0 - NSA

DISPNÉIA DO ESFORÇO - 5

23. LHE FALTA O FÔLEGO QUANDO CORRE NO PLANO OU SOBE UMA LADEIRA DE PRESSA? 65

1 - SIM
2 - NÃO (PASSE À QUESTÃO 27)
3 - NUNCA CORRE OU SOBE LADEIRA
0 - NSA

24. SENTE FALTA DE AR QUANDO CAMINHA EM PASSO NORMAL COM OUTRAS PESSOAS DE SUA IDADE? 66

1 - SIM
2 - NÃO (PASSE À QUESTÃO 27)
3 - NUNCA CAMINHA (INCAPACITADO)
0 - NSA

25. TEM QUE PARAR PARA RECUPERAR O FÔLEGO QUANDO ESTÁ CAMINHANDO EM PASSO NORMAL? 67

1 - SIM
2 - NÃO
3 - NUNCA CAMINHA
0 - NSA

26. SENTE FALTA DE AR AO LAVAR-SE OU VESTIR-SE? 68

1 - SIM
2 - NÃO
3 - INCAPACIDADE TOTAL
0 - NSA

TOSSE E EXPECTORAÇÃO - 6

27. TOSSE HABITUALMENTE AO LEVANTAR-SE NO INVERNO? 69

(INCLUIR A TOSSE QUE SE PRODUZ AO FUMAR O 1º CIGARRO OU AO SAIR NA RUA - EXCLUIR UMA TOSSE ISOLADA)

1 - SIM 2 - NÃO

28. TOSSE HABITUALMENTE DURANTE O DIA OU À NOITE NO INVERNO? 70

1 - SIM - QUASE TODOS OS DIAS
2 - SIM - PERIODICAMENTE POR DUAS SEMANAS OU MAIS
3 - NÃO (INCLUSIVE OCASIONAL)

29. COSTUMA EXPECTORAR QUANDO SE LEVANTA NO INVERNO? 71

1 - SIM
2 - NÃO

30. COSTUMA EXPECTORAR DURANTE O DIA OU À NOITE NO INVERNO? (INCLUIR APENAS QUANDO EXPECTORA PELO MENOS DUAS VEZES SEGUIDAS) 72

1 - SIM - QUASE TODOS OS DIAS
2 - SIM - PERIODICAMENTE POR 2 SEMANAS OU MAIS.
3 - NÃO (OU OCASIONAL)

EDEMA - 7

31. AS SUAS PERNAS COSTUMAM / OU COSTUMAVAM INCHAR? QUANDO? 73

 1 - SIM, NO FIM DO DIA
 2 - SIM, TODO TEMPO INCHADAS
 3 - NÃO, (PASSE À QUESTÃO 34)
32. O SEU ROSTO COSTUMA OU COSTUMAVA AMANHECER INCHADO? 74

 1 - SIM
 2 - NÃO
 0 - NSA
33. VOCÊ ACHA QUE (NESSA ÉPOCA) O VOLUME DA URINA DIMINUIU? 75

 1 - SIM
 2 - NÃO
 0 - NSA
34. VOCÊ ACORDA (OU ACORDAVA) ANOITE PARA URINAR? 76

 1 - SIM
 2 - NÃO
 0 - NSA

CARTÃO Nº 78 80
 4 0 1

HISTÓRIA FAMILIAR - 8

35. PAIS

	VIVO	IDADE ATUAL OU AO MORRER		SOFRE OU MORREU DE QUE DOENÇA		TEM (OU TINHA) PRESSÃO ALTA?
		10	11 12	13 14	15	
PAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÃE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ANOS		especificar		
		1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SABE		00 - NSA 01 - SADIO		0 - NSA 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SABE

36. IRMÃOS
- A - QUANTOS IRMÃOS VOCÊ TEM/TEVE (INCLUSIVE OS QUE FALECERAM) 22 23
- B - QUANTOS ESTÃO VIVOS E TÊM 20 ANOS OU MAIS? 24 25
- C - QUANTOS MORRERAM COM 21 A 35 ANOS 26 27
- D - QUANTOS MORRERAM COM 36 A 50 ANOS 28 29
- E - QUANTOS MORRERAM COM 51 A 65 ANOS 30 31
- F - QUANTOS MORRERAM COM MAIS DE 65 ANOS 32 33
- G - QUANTOS TÊM OU TINHAM PRESSÃO ARTERIAL ALTA? 34 35
- DIABETE 36 37
- DERRAME CEREBRAL 38 39
- ATAQUE CARDIACO 40 41
- 00 - ZERO OU NSA
 88 - NÃO SABE

37. OUTROS PARENTES CONSANGÜINEOS 42
- A - ALGUM OUTRO PARENTE DE SANGUE TEM OU TINHA PRESSÃO ARTERIAL ALTA?
 1 - SIM
 2 - NÃO
 3 - NÃO SABE
- B - QUEM? 43
- 1 - TIO(S)
 2 - PRIMO(S)
 3 - AVÔ (S)
 4 - TIO(S) E PRIMO(S)
 5 - TIO(S) E AVÔ(S)
 6 - PRIMO(S) E AVÔ(S)
 7 - TIO(S) , PRIMO(S) E AVÔ(S)
 8 - OUTROS
 0 - NSA

EXAME FÍSICO - 9

38. O PACIENTE APRESENTA: 44
- A - PARALISIA : 1. FACIAL 44
 2. HEMIPLEGIA
 3. QUADRIPLÉGIA
 4. NÃO TEM PARALISIA
- B - ANEMIA 45
- C - XANTELASMA 46
- D - CIANOSE DE EXTREMIDADES 47
- E - DIFICULDADE PARA ANDAR 48
- F - DIFICULDADE PARA FALAR 49
- G - TURGÊNCIA JUGULAR (em pé) 50
- H - TORAX EM BARRIL 51
- (B a H 1.SIM, 2.NÃO, 3.DUVIDOSO)
39. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 52 53
 (inspirações por minuto)
40. AUSCULTA PULMONAR 54
1. NORMAL
 2. RONCOS E/OU SIBILOS DISSEMINADOS
 3. RONCOS E/OU SIBILOS ESPARSOS
 4. CREPITANTES OU BOLHAS DISSEMINADAS
 5. CREPITANTES OU BOLHAS DE BASE (E e/ou D)
 6. MURMURIO VESICULAR ABAFADO (D e t.)
 7. MURMURIO VESICULAR ABAFADO EM UM SEGMENTO. QUAL? _____
41. FREQUÊNCIA CARDÍACA 55 56
 (nº segundos por 30 batidas)
42. AUSCULTA CARDÍACA 57
- A - BULHAS
0. NORMAIS
1. HIPERFONÉTICA EM M1 COM GALOPE
 2. HIPERFONÉTICA EM P2 COM GALOPE
 3. HIPERFONÉTICA EM A2 COM GALOPE
 4. HIPERFONÉTICA EM M1 SEM GALOPE
 5. HIPERFONÉTICA EM P2 SEM GALOPE
 6. HIPERFONÉTICA EM A2 SEM GALOPE
 7. TODOS ABAFADOS COM GALOPE
 8. TODOS ABAFADOS SEM GALOPE
 9. OUTRA ALTERAÇÃO: _____
- B - SOPROS 58 59
 (Descrever se existir sopro sistólico ou/e diastólico, foco onde é mais audível e intensidade)
- _____

- 00 - NÃO HÁ SOPRO SIGNIFICATIVO (codificação a posteriori)

43. MEMBROS INFERIORES 60
- A - EDEMA
- B - VARIZES 61
- C - TEMP. DIMINUIDA 62
 1. SIM - ESQUERDA
 2. SIM - DIREITA
 3. SIM - AMBOS
 4. NÃO
44. PULSOS 63
- A - PEDIOSO
- B - TIBIAL POSTERIOR 64
- C - RADIAL 65
 1. NORMAL
 2. IMPALPÁVEL
 3. DIMINUIDO
 4. ESCLEROSADO
 0. NSA
45. TECIDO ADIPOSEO: 66 67
- A - PREGA CUTÂNEA (em mm)
- B - APARELHO Nº _____ 68
46. 2ª TOMADA DA PRESSÃO ARTERIAL 69 a 71
 (em mm Hg)
- SISTÓLICA 72 a 74
- 1ª DIASTÓLICA
- 2ª DIASTÓLICA 75 a 77
47. OUTROS ACHADOS SIGNIFICATIVOS
- _____

- CARTÃO Nº 78 a 80

EXAMES COMPLEMENTARES - 10

48. VOLUME DA URINA DE 24 HORAS (em ml) 10 a 13

49. DATA DA COLETA 14 a 17

50. Nº DA AMOSTRA Dia Mes
18 a 20 3

51. RESULTADO DO EX.URINA - DATA 21 a 24
Dia Mes

SÓDIO 25 a 27

POTÁSSIO 28 a 30

CREATININA 31 a 34

ÍNDICE DE REFRAÇÃO: 35 36
13

GLICOSURIA 37 38

52. RESULTADO DA IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA CHAGAS. 39

53. INTERPRETAÇÃO DO ELETROCARDIOGRAMA:

I _____ 40

II _____ 41

III _____ 42

IV _____ 43

V _____ 44

VI _____ 45

VII _____ 46

VIII _____ 47

IX _____ 48

RESUMO _____ 49

54. DOSAGENS SÉRICAS

A - COLESTEROL 50 a 51

B - TRIGLICERIDEOS 52 a 54

C - GLICEMIA 55 a 57

D - UREIA 58 a 60

E - CREATININA 61 62

F - SÓDIO 63 a 65

G - POTÁSSIO 66 67

H - CLORO 68 a 70

I - URICEMIA 71 72

CÓDIGO PARA 48 a 54: 99 - SE NÃO REALIZADO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO - 11

_____ 73

_____ 74

_____ 75

_____ 76

_____ 77

CARTÃO Nº 78 a 80
4 0 3

Anexo V

Relatório de Atividades - 1º semestre de 1978

Consultor: Sarah Hawker Costa

1. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE PESQUISA NA ÁREA MATERNO-INFANTIL

A partir de junho foi iniciada a parte de levantamento bibliográfico na área de mortalidade fetal e perinatal. Ao terminar nosso contrato completamos as discussões básicas para a definição de um projeto de pesquisa na área de mortalidade fetal e peri-natal, bem como podemos rever e atualizar a linha de trabalho que desde 1973 vimos desenvolvendo. Em anexo apresentamos o esboço do mesmo. (Vide Anexo 1)

2. ATIVIDADE DE APOIO AO NÚCLEO CENTRAL

A. APOIO AO ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA NA ENSP

No período de 17 de abril a 19 de maio desenvolvemos a disciplina de Demografia Básica obrigatória a alunos do Curso de Mestrado de Saúde Pública e optativa no curso de Especialização em Saúde Pública. O curso teve uma duração total de 60 horas e o preparo de material didático nos tomou aproximadamente duas a três vezes esse número total de horas. O curso objetiva introduzir aos alunos formados em área biológica o instrumental demográfico básico de modo a que possam aprofundar seus conhecimentos em epidemiologia e mesmo demografia avançada. A análise da evolução da mortalidade e fecundidade, a problemática das migrações e política populacional oferecem oportunidade para discussões da maior relevância para a saúde pública. O programa do curso desenvolvido se encontra anexo. Observamos que essa atividade, incluindo correção de exercícios e provas consumiu quase integralmente o horário dedicado à consultoria ao PEPPE nos meses de março, abril e maio. (Vide Anexo 2)

B. APOIO A ATIVIDADES DE PESQUISA DO NÚCLEO CENTRAL

Essas atividades se desenvolveram pela participação em reuniões do núcleo central do PEPPE e principalmente com o grupo de saúde materno-infantil. Em particular discutimos o projeto de Mortalidade Perinatal do Dr. Osanai apresentado como projeto de Tese de Mestrado. (vide Projeto PEPPE 14.1 - "Apoio ao Desenvolvimento de Teses de Mestrado da ENSP)

3. OUTRAS ATIVIDADES

Entre outras atividades desenvolvidas durante o período de trabalho, queremos destacar o entrosamento iniciado com o grupo de métodos quantitativos em saúde do Departamento de Epidemiologia da ENSP que abriu grandes possibilidades na análise do projeto que apresentamos.

PROJETO DE PESQUISA

"MORTALIDADE FETAL E PERINATAL NO RIO DE JANEIRO"

Sarah Hawker Costa

INTRODUÇÃO

Embora Freedman et al. (1) tenham estimado que nos EEUU a mortalidade fetal seja de cerca de 200 por 1000 gestações, devendo ser ainda maior em países como o Brasil, sob o ponto de vista demográfico, esse problema não tem sido objeto de estudo sistemático.

Para isso concorre o reconhecimento de que os registros vitais são muito incompletos, sendo desprezados, de certo modo, para fins de pesquisa e planejamento de saúde.

De outro lado os estudos seccionais realizados por entrevista de mulheres em idade fértil, têm a característica de serem retrospectivos e envolverem, portanto, a evocação de fatos passados, com a consequente perda de informação, além de serem perdidas as mulheres que morreram em consequência de situações obstétricas graves, favorecendo no todo a uma sub-estimação da mortalidade fetal.

Tanto um método de obter informação como o outro, sofrem ainda a influência de ser a prática do aborto provocado, ilegal, e daí não ser o mesmo comunicado às autoridades sanitárias e omitido pelas mulheres em entrevistas. A distribuição desses abortos provocados é de fundamental importância, já que suas complicações extremamente frequentes, incluem situações que no futuro favorecerão perda fetal espontânea e porque, com toda certeza, sofrem influências socio-econômicas diversas podendo mascarar variáveis independentes associadas.

Os estudos longitudinais que poderiam fornecer valiosa informação, evitando, ou minimizando as deficiências antes citadas têm a desvantagem de serem longos e conseqüentemente caros. Como os demais tipos de estudos antes referidos, deixarão também

de incorporar as perdas fetais, que a própria mulher desconhece, ocorridas nas duas ou três primeiras semanas de gestação. Entretanto, Coombs et al (2) mostraram que os estudos longitudinais são capazes de detectar o dobro das perdas fetais detectadas por estudos retrospectivos.

Os poucos estudos abordando mortalidade fetal têm tido abordagem predominantemente interessada em abortos induzidos e suas consequências ou têm sido bastante incompletos. No entanto as taxas globais de mortalidade fetal foram já achadas mais elevadas em classes mais pobres e para mães que trabalham, sendo especialmente altas entre mães idosas de vários filhos, quando parecia haver todo o incentivo para interromper a gestação (3,4).

Berquó em São Paulo (5), em mulheres casadas, exclusivamente, encontrou relação entre as proporções de perdas fetais espontâneas e a idade e ordem de gestação, porém não estudou os efeitos independentes de variáveis sociais.

Análise preliminar de estudo seccional realizado pela Área de Docência de Epidemiologia do Instituto Presidente Castello Branco, no Rio, em 1973, mostrou importantes diferenças entre áreas urbana e favelada nas perdas fetais do 1º, 2º e 3º trimestre da gestação, sendo possível isolar o efeito da idade da mãe. Esse estudo, em continuação, faz parte do projeto que ora apresentamos.

De outro lado, ainda que o período pré-natal represente menos que 0,5% da duração média da vida humana, em muitos países o número de mortes durante o mesmo excede o observado nos 30 anos subsequentes (6), constituindo-se em período de elevado risco e grande interesse para a saúde da população.

A definição de período perinatal delimita-se para fins práticos, da 28ª. semana de gestação (ou peso fetal a partir de 1.000 gramas) até o final completo do 7º dia de vida (7). Constituindo-se assim a mortalidade fetal propriamente dita aquela com mais de 28 semanas ou 1.000 gramas de peso fetal à época de expulsão. Os fatores que determinam riscos para ambos são fundamentalmente, os mesmos, em particular se concentrarmos na questão das perdas fetais espontâneas.

Em relação à mortalidade perinatal, no entanto, os problemas metodológicos apontados para o estudo da mortalidade fetal são bem menores e as estatísticas hospitalares dignas de maior crédito. Daí vários estudos retrospectivos terem evidenciado a importância de variáveis biológicas como idade da mãe, ordem de nascimento e intervalo entre gestações como fatores associados à natimortalidade e mortalidade neonatal precoce (8, 9, 10, 11, 12). A influência de fatores sociais como estado civil, lugar de residência, estado nutricional e situação econômico-social na vida reprodutiva e nos insucessos gestacionais foi também estudada (13, 14, 15).

Todavia, esses estudos partem de uma concepção dicotômica dos fatores causais de mortalidade perinatal, alinhando-se entre os que seriam passíveis de prevenção (exógenos, sócio-econômicos ou ambientais) tais como nutrição, saneamento, educação, ocupação, etc., e os endógenos, ligados ao desenvolvimento biológico, que se situariam além das possibilidades de prevenção, como por exemplo, sexo, idade da mãe, ordem de nascimento, paridade. Mais ainda, como as variáveis biológicas são geralmente mais fáceis de se encontrar registradas, acrescido do fato de que as técnicas de análise utilizadas procuram conscientemente isolar as variáveis, se tem subtraído dos estudos a própria determinação social dos fatores biológicos. Ou seja, não existe perfeita dicotomia entre biológico e ambiental. Pelo contrário, como acentua Hammond (16) o que existe é um contínuo que começa antes da concepção e que se prolonga até o nascimento. Nesse contínuo os fatores biológicos e sócio-econômicos interagem e só através de um corte num determinado momento, sem o completo quadro social que envolve a mulher e o feto, parcializando assim a realidade, é que se pode identificar fatores que predominam em relação a outros.

Assim o entendimento pois das questões relativas a mortalidade peri-natal, e o mesmo se aplica para a mortalidade fetal, tem que ser repensado a partir de uma abordagem abrangente que procure discriminar os "riscos acumulados" antes e durante a gestação desde um ponto de partida que privilegie o social. Essa é a linha que pretendemos desenvolver.

OBJETIVOS

O objetivo mais geral do estudo é examinar efeitos independentes de variáveis sociais sobre a mortalidade fetal e a perinatal na Cidade do Rio de Janeiro.

Para atingir esse objetivo será necessário estudar todos os possíveis fatores causais da mortalidade fetal e perinatal, sejam eles biológicos ou ambientais.

Objetivos secundários no presente estudo, mas não menos importantes, serão dar informação sobre a qualidade das diferentes fontes de informação e procurar um modelo matemático de predição de riscos associados às gestações.

ETAPAS DO ESTUDO

Os seguintes objetivos intermediários podem ser considerados etapas do presente projeto:

- 1) Descrever a distribuição da mortalidade fetal e perinatal do Rio de Janeiro e sua evolução nas últimas décadas, a partir dos dados bio-estatísticos coletados no Serviço de Bio-estatística da Secretaria de Saúde.
- 2) Estudar as causas médicas de insucessos gestacionais nas últimas décadas a partir dos dados coletados pelo Instituto Fernandes Figueiras.
- 3) Estudar a história reprodutiva de mulheres em idade fértil através das informações obtidas no inquérito seccional em andamento, sob coordenação do Departamento de Epidemiologia da ENSP.
- 4) Realizar estudo longitudinal pelo acompanhamento de mulheres inscritas em serviços de atendimento pré-natal até o puerpério.

MÉTODOSETAPA 1

Análise da mortalidade nos últimos 40 anos no Rio de Janeiro, que já se encontra codificada e em cartões programados com especial atenção para as 24.682 mortes fetais registradas entre 1963 e 1972.

A informação disponível compreende:

- a) Ocupação do pai e da mãe;
- b) local do óbito;
- c) residência da mãe;
- d) data e hora da morte;
- e) idade da mãe;
- f) paridade;
- g) duração da gestação;
- h) sexo e cor de perdas tardias.

O intervalo desde a gestação anterior poderá ser derivado indiretamente, combinando a informação da idade da mãe e paridade, usando o número médio de intervalos que em média uma mulher de um certo grupo etário teria tido (17):

$$M_i = \sum_j P_{ij} (j - 1) / \sum_j P_{ij}, \text{ onde}$$

M_i = número médio de intervalos para o grupo etário i

P_{ij} = nascimentos de ordem j e grupo etário i

$(j - 1)$ = número de intervalos para a ordem de nascimentos j .

As variáveis econômico -sociais disponíveis (ocupação dos pais e local de residência) precisarão ser classificadas segundo critérios a serem estabelecidos.

ETAPA 2

Desde 1973 amostras de mulheres das áreas urbanas e

faveladas de Bonsucesso têm sido entrevistadas. Até a presente data cerca de 1.500 entrevistas cobrindo quase 5.000 gestações foram realizadas. Outras 500 entrevistas serão brevemente realizadas na área urbana, quando os dados serão levados a fichas de pré-codificação e transferidos para cartões perfurados.

ETAPA 3

Análise da informação coletada pela Maternidade Clovis Correa da Costa do Instituto Fernandes Figueira, onde ocorreram cerca de 10 000 nascimentos no período 1963/72, permitindo o estudo de aproximadamente 1 000 insucessos gestacionais.

As variáveis médicas e biológicas serão especialmente analisadas, conforme detalhamento a ser feito posteriormente.

ETAPA 4

Será detalhada oportunamente e se baseará em entrevistas que identifiquem o grupo social das mulheres inscritas em serviços de pré-natal, história de vida e dados tradicionais em estudos epidemiológicos. A partir daí procurar uma hierarquização e cronologia de riscos que incidem sobre a gestação e o feto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FREEDMAN, R. et al (1959). Family Planning, Sterility and Population Growth, New York.
- 2) COOMBS, L. et al (1969). Inferences about abortion from foetal mortality data. Population Studies vol. XXIII, nº 2, 247-265.
- 3) National Center of Health Statistics (1965). Infant and perinatal mortality in the United States. U.S. Department of Health. Education and Welfare Series 3, nº4.
- 4) RIDLEY, J.C. (1959). Number of children expected in relation to non-familial activities of the wife. Milbank Memorial Fund Quarterly, 137 (3): 277-296.
- 5) BERQUÓ, E.S. et al (1968). Levels and variables in fertility in São Paulo. Milbank Memorial Fund Quarterly, XLVI (3): 0617-185.
- 6) ROMENSKY, A.A. & IGNAT'eva, R.K. - Certificate of Cause of Perinatal Death WHO/ICD-9/Rev. Conf. 75.21
- 7) OMS/OPAS (1977) - Recommended Definition, Terminology and Format for Statistical Tables Related to the Perinatal Period and Use of a New Certificate for Cause of Perinatal Deaths. Acta Obst.Gyn.Scand.56: 247.253.
- 8) BAIRD, D. et al (1954). The Causes and Prevention of still-births and first week deaths III. J. Obstet.Gynaecol.Brit., Emp. 61, 433-448.
- 9) BUTLER, N.E. et al (1969). Perinatal problems. E & S. Livingstone, Edinburgh.
- 10) HUGHES, E. (1923). Infant Mortality. Results of a field study in Gavy, Indiana based on births in one year. Childrens Bureau Publicity nº 112, 44-45.
- 11) EASTMAN, N.J. (1944). The effect of the interval between births and maternal age on foetal outlook. Amer.J.Obst.Gynaec. 47, 445-446.

- 12) YERUSHALMY, J. (1945). On the interval between successive births and its effect on survival of infant. I. An indirect method of study. Hum.Biol., 17, 65-106.
- 13) MORRIS, J.N., and HEADY, J.A. (1955). Social and biological factors in infant mortality. II. Variation of mortality with mother's age and parity. Lancet 1, 395-397.
- 14) SPICER, C.C. and LIPWORTH, L. (1966). Regional and social factors in infant mortality. General Register Office Studies on Medical.
- 15) ILLSLEY, R. (1953). Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths. Br.Med.J., 3, 1520-1524.
- 16) HAMMOND, E.I. - Studies in Fetal and Infant Mortality I. A Methodological Approach to the Definition of Perinatal Mortality. A.J.P.H., 55 (7): 1012-1023, 1965.
- 17) HAWKER, S. (1972). A statistical investigation into the effects of maternal age, parity and birth concentration on still-births and infant mortality rates in each social class. Theses presented for M. Sc. in Medical Demography - London School of Hygiene & Tropical Medicine.

PROGRAMA DO CURSO DE DEMOGRAFIA BÁSICA

<u>DIA</u>		<u>ASSUNTO</u>
18/04	I	Introdução ao campo de estudo Fontes de dados (a) Censos (b) Registros vitais (c) Pesquisas por amostragem Medidas Demográficas Básicas - as taxas brutas de mortalidade e natalidade, taxas específicas. Noções de coorte/estudos transversais.
20/04	II	População e sua dinâmica (a) Fatores que afetam a magnitude da população. (b) Composição da população por idade e sexo. (c) Envelhecimento da população, efeito de fecundidade e mortalidade. Exercício.
25/04	III	Estudo de mortalidade (a) Padronização Exercício.
27/04	IV	(b) Tabelas de vida - conceitos, suas funções.
02/05	V	(c) Tabelas de vida - Construção de uma tábua abreviada. Sua utilização.
04/05	VI	O Estudo de natalidade - fecundidade Considerações gerais. Taxas Exercício.

09/05	VII	Estimativas de populações e projeções Exercício.
		<u>Trabalho de grupo</u>
11/05	VIII	(1) Evolução da mortalidade e fecundidade em países desenvolvidos e menos desenvolvi- dos.
16/05	IX	(2) Migração e saúde
18/05	X	(3) Política de populações e planejamento fa- miliar.

Anexo VI

Relatório de Atividades - 1º semestre de 1978

Consultor: Jaime Antonio de Araújo Oliveira

Nossas atividades no período março-julho de 1978 consistiram na assessoria à Coordenação do Programa PEPPE, no sentido da discussão e elaboração das linhas de trabalho para o futuro setor dedicado ao tema "Organização da Assistência Médica Sanitária", a ser criado no interior do Centro de Estudos e Pesquisas Aplicadas em Saúde (CEPAS-FIOCRUZ).

Essas atividades foram desenvolvidas, em primeiro lugar, através uma série de reuniões periódicas com o Coordenador do Programa, Dr. Luiz Clemente Mariani Bittencourt, e o Professor-Titular do Departamento de Planejamento da ENSP e ex-coordenador do Programa PESES, Dr. Antonio Sérgio da Silva Arouca, tendo sido definida, no início deste processo, a idéia de que as atividades do referido setor não deveriam constituir-se como investigações autônomas e desconectadas entre si, mas sim que, ao contrário, deveria-se estabelecer desde o início um campo problemático único, a partir do qual seriam então definidas as pesquisas concretas a desenvolver.

As discussões posteriores sobre o assunto (que continuam a se processar) têm apontado, em síntese, no sentido da conveniência de tomar como esse objeto central das investigações do setor a questão da implantação do "Sistema Nacional de Saúde" (Lei nº 6.229, de 17/07/1975), com uma análise das características fundamentais do, assim chamado, "sistema espontâneo" que o antecede, e das dificuldades que vêm sendo encontradas no processo de integração inter-institucional proposto na referida Lei.

3/33

Talvez seja conveniente - ainda que, dentro do âmbito do deste relatório, de maneira sintética - esclarecer um pouco mais

o que vem a ser esta questão e o porquê da opção por ela.

A partir do final do século passado, começaram a constituir-se no Brasil, uma série de instituições de uma forma ou de outra envolvidas com a questão da "promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde", instituições estas distintas da prática médica liberal-privada,⁶ ou filantrópica, até então forma praticamente exclusiva de organização da atenção à saúde entre nós. A nível seja da sociedade civil, seja do aparelho de Estado, surgiu então, ao longo desse período, por diversos tipos de determinantes, um conjunto heterogêneo de "instituições de saúde", autônomas, desconectadas entre si, descoordenadas, com características distintas, que hoje constituem (desde a perspectiva "sistêmica", de análise, hegemônica no discurso oficial sobre a questão) o que se tem denominado um "sistema espontâneo de saúde" (v. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - V CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Tema I, 1975). Por outro lado, já desde a década de 30, e mais intensamente em períodos mais recentes, a Previdência Social, a partir de demandas suas, vem procedendo a uma progressiva e crescente articulação a si do conjunto destas instituições. E, já nos anos 70, procura-se tornar explícito, intencional, e supostamente mais "racionalizador" este processo até então espontâneo de integração inter-institucional já em marcha, através a proposta de constituição de um "Sistema Nacional de Saúde", de modo a, com isso, procurar superar os problemas dados pelas superposições e descoordenações institucionais hoje existentes. Mas este processo integrador vem encontrando dificuldades na sua implementação, dadas, a nosso ver, pelos conflitos entre os múltiplos interesses, de diversos tipos, associados a cada um dos elementos do pretenso "sistema".

Imaginamos que, como órgão responsável pela formulação da Política Nacional de Saúde (v. Lei nº 6.229 acima citada), e tendo definido como propósito central desta no momento a implantação do "Sistema" a que temos feito referência (v. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - VI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, TEMA IV, 1977), para o Ministério da Saúde, órgão em que nos situamos, seja de interesse a abordagem deste tema por parte do setor dedicado à análise da "Organização da Assistência Médico-Sanitária" no CEPAS. Nesse sentido, o conjunto dos trabalhos a ser desenvolvidos neste setor do CEPAS deverá tomar como objeto este campo problemático básico.

Tratar-se-á de proceder a uma análise, de natureza tan

to quantitativa quanto política, das características do que foi de-
nominado acima o "sistema espontâneo de saúde", anteriormente à Lei
6.229. E, a seguir, de sua evolução posterior. Para tanto, num pri-
meiro momento proceder-se-á a um levantamento e análise da razoa-
velmente extensa produção sobre questões relativas à assistência mé-
dico-sanitária no país que tem vindo à luz recentemente (a partir
de instituições como o PESES, Instituto de Medicina Social da UERJ,
Instituto de Medicina Preventiva da USP e CEBRAP), com o que se pro-
curará delimitar, dentro do nosso campo de interesse, que questões
já se encontram abordadas e suficientemente esclarecidas, assim co-
mo reorganizá-las segundo nossos propósitos. Para, a partir daí, de-
finir então que aspectos do problema continuam em aberto e estabe-
lecer uma estratégia para a sua abordagem.

Além da assessoria ao processo de discussão sintetiza-
da acima, nos dedicamos no período março-julho de 78 ao trabalho
de conclusão de relatório final do Projeto PESES 06 (AROUCA, A.S.S.
et all.- "O Trabalho em Saúde"), projeto do qual participamos. Na -
quelas reuniões antes referidas, para a discussão das linhas de tra-
balho do futuro setor do CEPAS, definiu-se também que este projeto
do PESES, ao abordar a questão da evolução histórica e quadro atual
do elemento-chave do "sistema de saúde" que é a assistência médica
na Previdência Social, pelo menos deixaria encaminhada uma série
de questões importantes para o trabalho posterior do setor. Na me-
dida que tem sido a assistência médica previdenciária o principal
elemento de articulação do conjunto das "instituições de saúde" (pú-
blicas e privadas) e que, na verdade, a proposta de integração in-
ter-institucional parte dos impasses a que chegou nos últimos anos
esta assistência. Isso posto, definiu-se como uma tarefa de inte-
resse para o futuro setor de Assistência Médico-Sanitária do CEPAS
a maior elaboração e o aprofundamento das conclusões do Projeto
PESES 06, para além do estágio em que se encontravam em fevereiro,
à época de conclusão formal do Projeto. E nós dedicamos então, em
função disso, parcela substancial do tempo de trabalho no período
março-julho a esta atividade.

388

Há que ressaltar ainda, como atividades do período, a
apresentação das conclusões do Projeto PESES 06 e das linhas de in-
vestigação abertas a partir dele para o futuro setor do CEPAS em
duas situações: aula proferida no Mestrado em Medicina Social do
Instituto de Medicina Social da UERJ, em maio; e mesa-redonda rea-
lizada na 30^a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progres

so da Ciência(SBPC), em julho. Em ambas as situações, os debates que se seguiram trouxeram significativos subsídios para nossa abordagem dos problemas em tela.

Como atividade acessória, participamos ainda da Comissão encarregada de elaborar o projeto para o Setor de Documentação e Divulgação do CEPAS, setor que visará, além da montagem de um acervo de obras para consulta sobre os temas abordados pelas diferentes áreas do Centro, a co-edição, em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública, de uma publicação periódica que divulgue os resultados de suas investigações.

JAAO/mhf.

PROJETO 11.3 - Curso Avançado de Epidemiologia
e Planejamento

Neste semestre procedeu-se à formulação dos Cursos Avançados de Epidemiologia e Planejamento cujos programas se encontram anexos. Foi encaminhada à FINEP a proposta de apoio a estes Cursos através do Projeto 11.3 que solicitava o total de Cr\$ 300.000,00 para financiar as atividades docentes, basicamente no que se refere a possibilitar a participação de professores convidados cuja contribuição será de inegável valor para o nível acadêmico do Curso.

O Projeto terá dois coordenadores. Ambos são professores titulares da ENSP e membros do Núcleo Central do PEPPE e terão a seu cargo as atividades específicas de sua especialidade:

Epidemiologia: Dr. Euclides Ayres de Castilho
Planejamento: Dr. Antonio S. da Silva Arouca

A seleção dos alunos está prevista para a primeira semana de agosto e o começo dos Cursos para 14 de agosto de 1978.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

CURSO AVANÇADO DE EPIDEMIOLOGIA

- 1978 -

1. INTRODUÇÃO

A Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz com o apoio do PEPPE (Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas) promoverá no corrente ano o "Curso Avançado de Epidemiologia" destinado a profissionais de nível superior com conhecimentos nas áreas básicas de Ciências Biológicas, Ambientais e Sociais, e, em particular, com boa base em Epidemiologia e Estatística da Saúde, tal como a fornecida pelos seus cursos de especialização em Saúde Pública.

2. OBJETIVO

O Curso Avançado de Epidemiologia tem como objetivo a formação diferenciada e capacitação de pessoal de alto nível para atuar em órgãos centrais do setor Epidemiologia.

3. DESCRIÇÃO DO CURSO

3.1 - Início e duração

O Curso tem seu início previsto para 14 de agosto de 1978, com a duração de 17 semanas, em regime de tempo integral, encerrando-se dia 15 de dezembro de 1978.

3.2 - Carga horária

Terá uma carga horária de 660 horas, sendo que em classe serão exigidas aproximadamente 4 horas diárias (entre 8.30 e 17 horas), perfazendo um total de 330 horas. As outras 330 horas serão dedicadas a estudos e a atividades individuais.

3.3 - Número de vagas

Serão abertas 10 vagas a alunos regulares, sujeitos a avaliação e com direito a um certificado final de conclusão.

3.4 - Requisitos para inscrição e a seleção

Para a inscrição serão exigidos dos candidatos, profissionais de nível superior, como requisitos, conhecimentos de Epidemiologia, tais como os que se ministram nos Cursos de Especialização em Saúde Pública da ENSP, os quais serão avaliados em nível de prova escrita que terá caráter eliminatório. Da avaliação também constarão análise do "curriculum vitae" e entrevista.

As inscrições deverão ser efetuadas na Secretaria da ENSP de 17 a 31 de julho de 1978.

São requisitos para a inscrição: fotocópia (verso/anverso) de diploma de curso superior de graduação plena; fotocópia de documento que comprove ter concluído o Curso de Especialização de Saúde Pública ou equivalente; fotocópia do histórico escolar; e "curriculum vitae" devidamente documentado.

A seleção será realizada de 01 a 05 de agosto de 1978.

3.5 - Conhecimentos básicos sujeitos a avaliação

Epidemiologia descritiva, inclusive investigação epidemiológica e inquéritos por amostragem - Estatística descritiva, inclusive correlação e regressão - Noções de amostragem e testes de hipóteses mais usados - Noções de Demografia, inclusive técnicas de padronização de coeficientes e tábua de vida.

3.6 - Matrícula, data e local

Os alunos selecionados deverão se matricular na semana de 07 a 11 de agosto de 1978, apresentando os seguintes documentos na Secretaria da ENSP:

- a) documento de Identidade
- b) três (3) fotografia 3x4
- c) atestado médico com firma reconhecida de sanidade física e mental.
- d) certidão negativa de seus antecedentes, perante o Departamento Geral de Investigações Especiais.

Obs: A não apresentação de qualquer dos documentos acima exigidos, impossibilitará a efetivação da matrícula.

3.7 - Corpo Docente

efetivos

Joir Gonçalves da Fonte
Eduardo de Azeredo Costa
Euclides Ayres de Castilho
Anamaria Tambellini Arouca
Paulo Cesar Rosito Barata
Paulo Chagnstelles Sabroza
Célia Landman Sczarwald

Colaboradores

Guilherme Rodrigues da Silva
Luiz Clemente Mariani Pittencourt
Reinaldo Felipe Nery Guimarães
Marcos Fernandes da Silva Moreira
Moisés Goldhaum entre outros

4. Coordenação

A Coordenação do Curso estará a cargo do Prof. Euclides Ayres de Castilho,

5. Informações

Maiores informações poderão ser solicitadas à Secretaria da Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública;
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 3º andar
Manguinhos
20 000 - Rio de Janeiro - RJ
Telefone: 230-4588

CURSO AVANÇADO DE EPIDEMIOLOGIA - 1978

4. 6.1 - DISCIPLINAS OBRIGATORIAS E CARGA HORÁRIA EM CLASSE

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA EM CLASSE
Elementos da Probabilidade e Inferência Estatística	40 horas
Métodos Estatísticos de Análise de Estudos Epidemiológicos	60 "
Epidemiologia Analítica	45 "
Determinação Social da Doença	45 "
Pesquisa em Saúde: A Abordagem Epidemiológica	60 "

6.2 - DISCIPLINAS OPTATIVAS E CARGA HORÁRIA EM CLASSE (o aluno deverá cumprir uma combinação de disciplinas que forneça no mínimo 80 horas em classes).

Economia e Saúde	60 horas
Estudos Urbanos e Rurais.....	60 "
O Trabalho em Saúde	40 "
Epidemiologia da Atenção Médica	60 "
Modelos Matemáticos Aplicados à Epidemiologia e Ecologia	40 "
Modelos Matemáticos Aplicados ao Planejamento da Saúde	40 "
História da Epidemiologia	40 "

6.3 - EMENTAS DAS DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS E OPTATIVAS- Epidemiologia Analítica

Estudos quasi-experimentais e experimentais. Controle de variáveis, medidas de risco e delineamento de estudos epidemiológicos analíticos.

- Determinação Social da Doença

Análise crítica das doenças e meio. O ambiente natural e social e a determinação da doença. O problema da articulação entre o biológico e o social. Os estudos sobre as determinações sociais da doença.

- Epidemiologia da Atenção Médica

Estudo dos condicionantes da distribuição de serviços de saúde. Estudos da necessidade e demanda - a captação da clientela pelos serviços de saúde. Eficácia, efetividade e eficiência de práticas médicas. Regionalização dos serviços de saúde.

- Pesquisa em Saúde: A Abordagem Epidemiológica

Estudo dos principais problemas de saúde desde o ponto de vista da identificação de lacunas no conhecimento para a viabilização de seu controle. A identificação das áreas disciplinares que possam apresentar contribuição ou alternativas para o preenchimento de tais lacunas, em particular a epidemiologia.

- História da Epidemiologia

Estudo da evolução dos conceitos em epidemiologia através da leitura e discussão de textos dos seguintes períodos: antiguidade até 1500; 1500 a 1800; primeira metade do século XIX; segunda metade do século XIX; primeira metade do século XX; período contemporâneo.

- Elementos de Probabilidade e Inferência Estatística

Análise Combinatória. Probabilidade. Variáveis aleatórias. Esperança e variância. Distribuição de probabilidades. Inferência estatística. Estimação de parâmetros. Teste de hipóteses. Principais testes paramétricos e aplicação em saúde.

- Métodos Especiais para Análise de Estudos Epidemiológicos

Análise de estudos epidemiológicos pareados; procedimentos estatísticos como alternativa do pareamento: sub-classificação, padronização e análise de regressão.

- Modelos Matemáticos Aplicados à Epidemiologia e Ecologia

Funções. Gráficos de funções. A derivada. Significado geométrico da derivada. Elementos de equações diferenciais ordinárias. Modelos determinísticos simples em epidemiologia e ecologia. Elementos da teoria da probabilidade. Processos estocásticos simples. O processo de nascimento e morte. Modelos probabilísticos simples em epidemiologia e ecologia. Simulação de modelos em computador.

- Modelos Matemáticos Aplicados ao Planejamento da Saúde

Funções. Gráfico de funções. A derivada. Significado geométrico da derivada. Elementos de equações diferenciais ordinárias. Modelos determinísticos simples em administração e planejamento de saúde. Aplicação de métodos de pesquisa operacional em saúde. Coleta e análise de dados. Modelos para planejamento e utilização de serviços de saúde. Uso de computadores nas áreas biomédicas e da saúde.

- Economia e Saúde

Atividade econômica. Distribuição da população segundo tipos de atividade econômica; acessibilidade física e econômica: transporte, emprego, salário, etc.; ocupação do espaço e distribuição da população, modificações no meio ambiente; oferta de bens e serviços no sistema de saúde: atividades econômicas e riscos para a saúde. Programas de desenvolvimento econômico: identificação, características, influência, exigências para os sistemas de saúde. Impacto sobre a população.

- O Trabalho em Saúde

Introdução a conceitos básicos. Histórico da Previdência Social no Brasil. O complexo previdenciário. Investigação de campo: análise da Previdência em uma área urbano-industrial. Reforma administrativa no complexo previdenciário.

- Estudos Urbanos e Rurais

Estudo da problemática urbana e rural do Brasil. Conceitos básicos. O processo de urbanização. Tipos de população. O dualismo. Análise de experiência na área da prestação de serviço de saúde à populações urbanas e rurais no Brasil. Os programas de penetração rural e as frentes de expansão.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

CURSO AVANÇADO DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

- 1978 -

1. INTRODUÇÃO

A Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz com o apoio do PEPPE (Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e epidemiológicas) promoverá no corrente ano o "Curso Avançado de Planejamento de Saúde" destinado a profissionais de nível superior com conhecimentos nas áreas básicas de Ciências Biológicas, Ambientais e Sociais, e, em particular, com base em Administração de Saúde, tal como a fornecida pelos seus cursos de especialização em Saúde Pública.

2. OBJETIVO

O Curso Avançado de Planejamento de Saúde tem como objetivo a formação diferenciada e capacitação de pessoal de alto nível para atuar em órgãos centrais do Setor Planejamento de Saúde.

3. DESCRIÇÃO DO CURSO

3.1 - Início e duração

O Curso tem seu início previsto para 14 de agosto de 1978, com a duração de 17 semanas, em regime de tempo integral, encerrando-se dia 15 de dezembro de 1978.

3.2 - Carga horária

Terá uma carga horária de 660 horas, sendo que em classe serão exigidas aproximadamente 4 horas (entre 8.30 e 17 horas), perfazendo um total de 330 horas. As outras 330 horas serão dedicadas a estudos e a atividades individuais.

3.3 - Número de vagas

Serão abertas 10 vagas a alunos regulares, sujeitos a avaliação e com direito a um certificado final de conclusão.

3.4 - Requisitos para inscrição, data e local

Para a inscrição serão exigidos dos candidatos, profissionais e nível superior, como requisitos, conhecimentos básicos de Administração de Saúde, tais como os que se ministram nos Cursos de Especialização em Saúde Pública da ENSP, os quais serão avaliados em nível de prova escrita que terá caráter eliminatório. Da avaliação também constarão análise do "curriculum vitae" e entrevista.

As inscrições deverão ser efetuadas na Secretaria da ENSP de 17 a 31 de julho de 1978.

São requisitos para a inscrição: fotocópia (verso/anverso) de diploma de curso superior de graduação plena; fotocópia de documento que comprova ter concluído o Curso de Especialização em Saúde Pública ou equivalente; fotocópia do histórico escolar; e curriculum vitae devidamente documentado.

A seleção será realizada de 01 a 05 de agosto de 1978.

3.5 - Conhecimentos básicos sujeitos a avaliação

Conceitos de Administração. Evolução do pensamento administrativo.

Problemas básicos de Administração. Estrutura e recursos do Setor Saúde. Legislação sobre Saúde Pública. Sistema de Saúde e organização de Saúde. Níveis de competência. Regionalização de Saúde. Mecanismos de coordenação, supervisão e controle. Integração intra e intersetorial. Os condicionantes do processo de planejamento. Planejamento e desenvolvimento social. A implantação do planejamento de Saúde no Brasil.

3.6 - Matrícula, data e local

- a) documento de identidade;
- b) três (3) fotografias 3x4;
- c) atestado médico com firma reconhecida de sanidade física e mental;
- d) certidão negativa de seus antecedentes, perante o Departamento Geral de Investigações Especiais.

Obs: A não apresentação de qualquer dos documentos acima exigidos, impossibilitará a efetivação da matrícula.

3.7 - Corpo docente

Efetivo

Elza Ramos Paim
Antonio Sérgio da Silva Arouca
Mário Antonio Sayeg
Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Ignez Ramos Martins
Paulo Cesar Rosito Barata
Marília Bernardes Marques
Célia Ramos Leitão

Colaboradores

Sérgio Góes de Paula
José Carlos Braga
Carlyle de Macedo
Adolfo Horácio Chorny
Paulo Reis Vieira
Luiz Clemente Mariani Bittencourt
Reinaldo Felipe Nery Guimarães
Suzana Esther Badino
Jaime Almeida
Dalton Mário Hamilton

4. Coordenação

A coordenação do Curso estará a cargo do Prof. Antonio Sérgio da Silva Arouca.

5. Informações

Maiores informações poderão ser obtidas junto a Secretaria Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública,
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - 3º andar, Manguinhos
20 000 Rio de Janeiro - RJ
Telefone: 230-4588

CURSO AVANÇADO DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE - 1978

6.1 - DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS E CARGA HORÁRIA EM CLASSE

D I S C I P L I N A	CARGA HORÁRIA EM CLASSE
✓ Planejamento de Saúde <i>105</i>	105 horas
✓ Administração Pública <i>45</i>	45 "
Economia e Saúde	60 "
Elaboração de Projetos - Análise de Investimentos e Custos <i>40</i>	40 "
✓ Planejamento de Saúde e Modelos de Desenvolvimento Econômico-social <i>40</i>	40 "

6.2 - DISCIPLINAS OPTATIVAS E CARGA HORÁRIA EM CLASSE (o aluno deverá cumprir uma combinação de disciplinas que forneça no mínimo 40 horas em classe).

✓ Epidemiologia da Atenção Médica <i>60</i>	60 horas
Modelos Matemáticos Aplicados ao Planejamento de Saúde	40 "
O Trabalho em Saúde	40 "
✓ Estudos Urbanos e Rurais <i>60</i>	60 "

6.3 - EMENTAS DAS DISCIPLINAS OBRIGATORIAS E OPTATIVAS- Planejamento de Saúde

Organização sócio-políticas e poder público. Políticas Globais - atividade econômica, aspectos sócio-culturais e meio natural; análise política do Sistema de Serviços de Saúde e tomada de decisões; participação social. O planejamento de serviços de saúde - Métodos, Técnicas - Normas. O diagnóstico - Introdução ao diagnóstico - população; o estado de saúde. O Diagnóstico do Sistema de Serviços de Saúde - Formulação de proposições.

- Administração Pública

Panorama Geral da Administração Pública. Processo decisório. Administração Pública como um Sistema aberto. Racionalidade da intervenção governamental. Sistemas burocráticos comparados. Teoria das organizações. Burocracia e suas disfunções. O Servidor Público. Orçamentação Pública. Mudança Organizacional Planejada.

- Economia e Saúde

Atividade econômica. Distribuição da população segundo tipos de atividade econômica; acessibilidade física e econômica: transporte, emprego, salário, etc.; ocupação do espaço e distribuição da população, modificações no meio ambiente; oferta de bens e serviços ao sistema de saúde: atividades econômicas e riscos para a saúde. Programas de desenvolvimento econômico: identificação, características, influência, exigências para os sistemas de saúde. Impacto sobre a população.

- Elaboração de Projetos - Análise de Investimentos e Custos

Esquema Geral de "Projeto" conteúdo (Aspectos Próprios, "Macro-Adequação", controle, avaliação da orientação e condução; Técnicas de Investimento Operativo; Programação de Serviços; Planos Regionais; Programação da execução; controle, avaliação e sub-sistema de informação; Adequação de sistemas, métodos e procedimentos técnico-administrativo).

- Planejamento de Saúde e Modelos de Desenvolvimento Econômico-Social

Desenvolvimento social e planejamento Governamental. Dimensões econômicas, ecológica (migrações, urbanizações, etc.). Política Educacional - Desequilíbrios e inter-relações entre as dimensões. Desenvolvimento e Ideologia.

- Epidemiologia da Atenção Médica

Estudo dos determinantes da distribuição e organização dos serviços de saúde. Estudo das necessidades e demanda - a captação da clientela pelos serviços de saúde. Eficácia, efetividade e eficiência de práticas médicas. Regionalização dos serviços de saúde.

- Modelos Matemáticos Aplicados ao Planejamento de Saúde

Funções. Gráfico de funções. A derivada. Significado geométrico da derivada. Elementos de equações diferenciais ordinárias. Modelos determinísticos simples em administração e planejamento de saúde. Aplicação de métodos de pesquisa operacional em saúde. Coleta e análise de dados. Modelos para planejamento e utilização de serviços de saúde. Uso de computadores nas áreas biomédicas e da saúde.

- O Trabalho em Saúde

Introdução a conceitos básicos. Histórico da Previdência Social no Brasil. O complexo previdenciário. Investigação de campo: análise da Previdência em uma área urbano-industrial. Reforma administrativa no complexo previdenciário.

- Estudos Urbanos e Rurais

Estudo da problemática urbana e rural do Brasil. Conceitos básicos. O processo de urbanização. Tipos de população. O dualismo. Análise de experiência na área da prestação de serviço de saúde a populações urbanas e rurais no Brasil. Os programas de penetração rural e as frentes de expansão.

PROJETO 14.1 - Apoio ao desenvolvimento de teses de Mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública

Este Projeto, que visa a fornecer apoio ao desenvolvimento de teses de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública, está sob a coordenação do Prof. Euclides Ayres de Castilho, Professor Titular da ENSP.

No primeiro semestre deste ano, foi solicitada a FINEP a prorrogação do Projeto até 31/08/79 pelos motivos já descritos no I Relatório do PEPPE. A aprovação da FINEP a este pedido permitiu re-elaborar o Projeto no sentido de se adaptar ao novo programa de Mestrado da ENSP.

Paralelamente a estas providências, no mês de maio realizou-se uma reunião preliminar com os alunos do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, matriculados em 1977. Nesta reunião, foram expostos os objetivos do projeto e discutido detalhadamente um roteiro que os mesmos deveriam adotar para solicitar apoio financeiro por parte do PEPPE. Dos 17 alunos matriculados 11 apresentaram projetos de tese devidamente encaminhados pelos respectivos orientadores. A coordenação deste projeto adotou a seguinte sistemática para avaliação dos projetos de tese:

1. Para a avaliação do mérito do trabalho, sobre tudo no que tange a viabilidade e adequação de metodologia, cada projeto foi enviado a 2 membros do Núcleo Central do PEPPE. Em base aos pareceres individuais e em reunião conjunta foram os projetos julgados se aprovados ou se mereciam reformulações. Para este segundo caso, novas reuniões se repetiram. No momento, todos os 11 projetos encontram-se aprovados pelo Núcleo Central.

2. Para a concessão de recursos para cada projeto, os orçamentos foram solicitados seguindo roteiro e sob supervisão direta da Assistente de Planejamento do PEPPE.

3. A tabela, em anexo, apresenta a relação dos mestrandos, títulos dos projetos e respectivos custos. Vale destacar que criou-se o sub-projeto 14.12 que visa dar apoio administrativo à coordenação do projeto global.

4. Preve-se que no segundo semestre, todos os mes-trando já estejam concretamente apoiados neste projeto.

C O N V Ê N I O 2 8 1 / C T - F I N E P - F I O C R U Z
 PROGRAMA PEPPE

PROJETO 14.1 - "Apoio ao Desenvolvimento de
 Teses de Mestrado na ENSP"

SUB-PROJETO Nº	TÍTULO	MESTRANDO	VALOR
01	"Prática da desinfecção da água pelo cloro no Rio de Janeiro	Ana Marcela Ugarte Ramos	100.000,00
02	"Mortalidade Perinatal".Causas e Fatores Associados	Carlos Hiroyuki Osanai	42.000,00
03	"A educação nas instituições de Saúde"	Cleuza Parnisset Ornellas	71.000,00
04	"Estudos da prevalência de bacteriúria em gestantes"	Diana Maul de Carvalho	68.000,00
05	"Os programas de extensão de cobertura em saúde e a formação de recursos humanos"	Eric Jenner Rosas	100.000,00
06	"O planejamento da atenção materno-infantil no Brasil"	Letícia Kraus M.de Souza	80.000,00
07	"A Escola Tropicalista Baiana' em seu tempo"	Marcos Fernandes S.Moreira	83.000,00
08	"Migração e Doença Hipertensiva".	Maria do Carmo Leal	67.000,00
09	"Fatores de risco em câncer de mama na cidade do RJ".	Marina Santiago Wagner	100.000,00
10	"O domicílio como fator de risco na transmissão de leishmaniose tegumentar americana"	Paulo Chagastelles Sabroza	56.000,00
11	"Assistência hospitalar a doenças transmissíveis na Região Metropolitana do Rio de Janeiro"	Tizuko Shivaiwa	78.000,00
12	Apoio administrativo ao desenvolvimento das Teses de Mestrado		155.000,00
TOTAL			1.000.000,00

MEL/mhf.

13/06/78

406

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

ÁREA DE ESTUDOS PRIORITÁRIOS

PROJETO 21.1 - "Estudos Clínico-epidemiológicos
sobre a Doença de Chagas"

COORDENADORES: Francisco da Silva Laranaja Filho
João Carlos Pinto Dias

OBJETIVOS GERAIS DO PROJETO:

1. Estudos da História Natural da Doença de Chagas.
2. Estudos Clínicos e ensaios de terapêutica específica em casos humanos.
3. Ensaios de tratamento sintomático das arritmias da cardiopatia crônica.
4. Inquéritos Clínico-Epidemiológicos em regiões geográficas diversas:
 - 4.1. Áreas endêmicas do Norte de Minas e áreas endêmicas do Rio Grande do Sul.
 - 4.2. Diagnóstico da Doença de Chagas em áreas urbanas não endêmicas (área do grande Rio).
5. Significação e valor diagnóstico de anticorpos EVI, bem como de anticorpos anti-nervo periférico, presentes no soro sanguíneo de chagásicos crônicos.

PARTE I : EXECUÇÃO FÍSICA

1. ATIVIDADE DO PERÍODO

1.1. Atividades Previstas:

- 1.1.1. Confeção de formulários e fichas codificadas para coleta de dados clínicos e diagnóstico eletrocardiográfico (vide item 2).
- 1.1.2. Organização da bibliografia (item 2)
- 1.1.3. Levantamento epidemiológico no norte de Minas (vide Plano de Trabalho 16.2: Inquérito Clínico-Epidemiológico no Norte de Minas (Botumirim).
- 1.1.4. Revisão Clínico-Epidemiológica de pacientes com período agudo conhecido (vide Plano de Trabalho 16.1.1. - Forma crônica com período agudo conhecido).
- 1.1.5. Estudos de prevalência e morbidade regional (vide Plano de Trabalho 16.3: Prevalência e morbidade da Doença de Chagas em trabalhadores adultos do sexo masculino, nos municípios de Luz e Brumadinho, MG.

1.2. Atividades Realizadas:

- 1.2.1. História Natural de forma crônica da Doença de Chagas com período agudo conhecido.

Revisão clínico-epidemiológica, sorológica, radiológica e eletrocardiográfica de 108 pacientes, os quais tem a duração média de infecção pelo T. cruzi aproximadamente de 31 anos.

Análise dos resultados em execução. Este estudo constituirá objeto de Tese de Doutorado do Dr. J. C. Pinto Dias na Faculdade de Medicina da UFMG.

1.2.2. História Natural do Bloqueio A-V total na Cardiopatia crônica chagásica. (Parte do Plano de Trabalho 16.1.3)

Analizados 59 casos, com um total de 298 Eletrocardiogramas.

<u>Idades</u>	<u>Sobrevida a partir do diagnóstico pelo ECG</u>			
	até 1 ano	13m. a 5 anos	61m. a 10 anos	maior de 10 a
Entre 14-30 anos	04	12	04	04
Entre 31-40 anos	-	07	05	02
Entre 41 a.-acima	05	08	01	04
	09	27	10	10 = 56 casos

Em três casos não foi possível saber a duração da sobrevida.

1.2.3. Inquérito clínico-epidemiológico no Norte de Minas (Botumirim):

Sorologia para Doença de Chagas: 1.300 casos
Abreugrafias : 280 casos
Eletrocardiogramas : 180 casos
Prossegue a coleta de material.

1.2.4. Diagnóstico da Doença de Chagas em áreas urbanas, não endêmicas (área do grande-Rio):

Trabalho em colaboração com o Hospital de Clínicas da UERJ e o INAMPS.

Já foram colhidos soros de 337 pacientes, nos quais será feita reação de imunofluorescência indireta para Doença de Chagas.

1.2.5. Estudo comparativo entre hemoculturas em meio LIT e xenodiagnóstico, para diagnóstico parasitológico das formas crônicas da Doença de Chagas.

Estudados 230 casos

Positividades: hemocultura 55%
xencs 30%

1.2.6. Significação e valor diagnóstico de anticorpos EVI nas formas crônicas da Doença de Chagas.

Total de soros: 166

a) Sorologia para Doença de Chagas (imunofluorescência indireta e aglutinação direta)

Positivos: 83

Negativos: 78

Duvidosos: 05

b) Pesquisa do fator EVI (imunofluorescência indireta).

Títulos:	< 8	8	16	32	64	128	256
Nº Soros:	80	20	7	18	19	12	10

c) Total de Eletrocardiogramas: 56

Normais: 20 Anormais: 36

412

1.2.7. Inquérito sobre prevalência da Doença de Chagas em pacientes do Leprosário de Bambuí.

Colhidos soros de 350 pacientes

Eletrocardiogramas em 200 pacientes

Resultados iniciais (primeiros 80 casos)

Positividade das reações sorológicas para Chagas entre 35 e 40% dos casos.

Eletros ainda não analisados.

1.2.8. Inquérito sorológico-eletrocardiográfico no município de Capelinha, Norte de Minas.

Soros de 323 pacientes não selecionados, com positividade de 15,48% pela imunofluorescência indireta.

Feitos Eletrocardiogramas em 50 casos, ainda não analisados.

1.2.9. Prevalência e morbidade da Doença de Chagas em trabalhadores adultos do sexo masculino, nos municípios de Luz e Brumadinho, MG.

Município de Luz: 420 casos

72 casos positivos para Chagas, dos quais 50% apresentam cardiopatia (ECG).

Município de Brumadinho: 220 casos

Somente 4 casos positivos para Chagas.

Nos 640 pacientes destes dois municípios foram feitas três reações para Chagas (Guerreiro-Machado, Imunofluorescência e Hemaglutinação).

1.2.10. Prevalência de formas digestivas da Doença de Chagas, através de abreuografia contrastada do esôfago, em pacientes de Bambuí.

Examinados 280 casos. Megaesôfago em 4% dos pacientes.

1.3. Outras atividades realizadas e não previstas:

1.3.1. Aula sobre "Aspectos Clínicos da Doença de Chagas" no Curso de atualização sobre Doença de Chagas, Centro de Estudos Olinto de Oliveira, do Instituto Fernandes Figueira.

1.3.2. Presidência de Mesa Redonda sobre Doença de Chagas no XXXIV Congresso Brasileiro de Cardiologia, Belo Horizonte.

2. BIBLIOGRAFIA

Catálogos bibliográficos sobre doença de Chagas, cobrindo todo o período 1909-1973 (julho), foram reproduzidos em xerox, e o levantamento bibliográfico, a partir de julho de 1973 até o momento atual, está sendo executado.

A seleção dos trabalhos de maior interesse, com reprodução em xerox, já atinge 350, com um total de aproximadamente 3.000 páginas. Abrangendo não só diversos aspectos da Doença e do T.cruzi, mas também outros assuntos correlatos.

3. DOCUMENTOS

3.1. ANEXO I - Orientação para o diagnóstico clínico da doença de Chagas.

Elaborado especialmente para o sub-projeto 1.2.4 (Diagnóstico da doença de Chagas em áreas urbanas, não endêmicas), é distribuído aos médicos que tomam parte na pesquisa, juntamente com o

3.2. ANEXO II - Formulário de anamnese dirigido no sentido de evidenciar os antecedentes epidemiológicos, que justificam a suspeita clínica e o pedido de exames laboratoriais específicos para doença de Chagas.

3.3. ANEXO III - Código de Diagnóstico Eletrocardiográfico especialmente elaborado para permitir a codificação das singulares e extremamente variadas arritmias e alterações do ECG na cardiopatia crônica da doença de Chagas.

3.4. ANEXO IV - Publicação de trabalho elaborado em cooperação com grupos de pesquisadores da UFRJ: Instituto de Microbiologia e Instituto de Biofísica.

4. OBSERVAÇÕES

4.1. O retardamento da contratação do pessoal das diversas

características físicas y químicas de los envases, las
condiciones de trabajo.

De igual forma se debe de adquirir de proveedores
de confianza y de material permanente al fin de mantener
a salvo las actividades comerciales durante los meses
de vacaciones de trabajo. Así como se debe de mantener
de reserva el equipamiento científico y de material per-
manente. Las actividades científicas de mantenimiento se
permiten para compensar en parte, a través de labores
de momento las actividades paradas.

ANEXO I

ORIENTAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA DOENÇA DE CHAGAS

"só se encontra o que se procura;
só se procura o que se conhece".

1. CONDIÇÕES PRÉVIAS INDISPENSÁVEIS ("sine qua non"):
 - 1.1. Pensar na doença de Chagas.
 - 1.2. Conhecer algumas características gerais da infecção humana pelo T. cruzi.
2. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DA INFECÇÃO HUMANA PELO T. cruzi:
 - 2.1. Conhecimento das áreas geográficas da endemia chagásica no Brasil.
 - 2.2. Noção geral da prevalência da infecção humana nas zonas endêmicas.
 - 2.3. Transmissão usual pelo barbeiro (contaminação pelas fezes).
Transmissão accidental por transfusão de sangue (mesmo fora de zona endêmica).
 - 2.4. Importância do tempo de exposição e da densidade dos vetores infectados (fatores de risco de contaminação humana).
 - 2.5. Evolução geral da infecção humana:
 - 2.5.1. Infecção inicial aparente (forma aguda, com manifestações clínicas)
 - 2.5.2. Infecção inicial inaparente (muito comum)
 - 2.5.3. Forma indeterminada (fase intermediária entre as anteriores 2.5.1 e 2 e as seguintes 2.5.4)
 - 2.5.4. Formas clínicas crônicas: cardiomiopatia e megas.
3. ELUCIDAÇÃO PELA ANAMNESE DOS ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:
 - 3.1. Considerar os itens 2.1 a 2.4

- 3.2. Local de nascimento: zona urbana - sub-urbana - rural.
 - 3.3. Tempo de permanência em zona endêmica
 - 3.4. Tipo de habitação, existência do barbeiro no domicílio
 - 3.5. Conhecimento do inseto transmissor: designações diversas.
 - 3.6. Ocorrência frequente de morte súbita, inesperada, ou em ins. cardíaca em pessoas entre 20-50 anos, na família ou na região.
 - 3.7. "Mal de engasgo" e megacólon na região.
 - 3.8. Mortalidade infantil na família (com "inchação" ou convulsões)
 - 3.9. Transfusões de sangue recebidas: onde? quantas?
4. CRITÉRIOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS:
- 4.1. Elucidados os antecedentes epidemiológicos, avaliar:
 - 4.2. Quadro clínico:
 - 4.2.1. fase aguda (rara). Fora de áreas endêmicas poderá ocorrer acidentalmente no laboratório ou através de transfusão de sangue.
 - 4.2.2. Forma indeterminada: antecedentes epidemiológicos positivos e ausência de manifestações clínicas. Diagnóstico feito pelas provas laboratoriais.
 - 4.2.3. Cardiopatia de grau moderado: valor do ECG
 - 4.2.4. Cardiopatia de grau avançado com ou sem insuficiência cardíaca.
 - 4.2.5. Megaesôfago, megacólon (com ou sem cardiopatia).
 - 4.3. Nas CARDIOPATIAS DE ORIGEM OBSCURA, ESPECIALMENTE quando acompanhadas de arritmias, é justificado o pedido de reações sorológicas para Chagas, ainda que os antecedentes epidemiológicos não sejam conclusivos e o doente não tenha recebido transfusão de sangue. Faixas etárias 20/50 anos.

4.4. Quando a anamnese evidencia antecedente epidemiológico nitidamente positivo, a etiologia chagásica de uma cardiopatia, em pessoas entre 20 e 55 anos de idade, deve ser considerada em primeiro lugar, ante os seguintes achados:

- 4.4.1. Bloqueio A-V total
- 4.4.2. BRD completo, especialmente quando o AQRS está desviado para a esquerda (-30° a -90°), associado a extras. ventr. ou a P-R prolongado. O BRD completo, tipo S1 alargado, é mais frequente na cardiopatia chagásica pouco avançada.
- 4.4.3. Extrasistolia ventricular múltipla, polifocal, geralmente associada a bloqueios A-V ou BRD com HBAE, e podendo ocorrer em breves crises de taquicardia ventricular.
- 4.4.4. Baixa voltagem e espessamentos anormais de QRS associados a alterações primárias (inespecíficas) da onda T, geralmente acompanhados de extrasístoles ventriculares.
- 4.4.5. Evidências de zonas eletricamente inativas na despolarização ventricular (geralmente em precordiais), usualmente coexistentes com bloqueios intra-ventriculares, em pessoas sem antecedentes de oclusão coronária.
- 4.4.6. Alterações da repolarização ventricular, com presença de ondas T anormais, "tipo coronário", em pessoas jovens ou de meia idade, e sem antecedentes de dor precordial.
- 4.4.7. Bloqueios A-V de 1º e 2º graus, especialmente quando acompanhados de BRD incompleto.
- 4.4.8. Arritmias complexas: associações de
BRD-Extr. Ventr-HBAE
A-V total-EXTR.Ventr.- Taq. extrasist. ventr.
A-V total-flutter ou fibr. aur.-taq. parox. aur.
- 4.4.9. O BRD incompleto, particularmente quando mostra tendência ao desvio do AQRS para a esquerda, geralmente significa lesão miocárdica, em pacientes chagásicos.

4.4.10. O BRE, completo e incompleto, isolados, são raros na cardiopatia chagásica crônica. Já o hemibloqueio anterior esquerdo (Rosebaum), usualmente associado ao BRD completo, é bastante frequente nesta cardiopatia.

502

ANEXO II

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Ped. Nº _____

PEDIDO DE EXAMES PARA TRIPANOSOMÍASE AMERICANA (Cod. 0.86*)

Nome: _____ Sexo: M F Idade: _____

Residência: _____ Tel.: _____
(Rua, nº, Bairro, Cidade)

Nº da Matrícula: _____ Cart. Prof.: _____ INAMPS: Sim Não

Nascido em: _____ Zona: Rural Urbana
(Cidade, Estado)

Habitou ou Permaneceu em zona endêmica** ? Sim Não Quanto tempo? Anos Meses

Onde? _____ Tipo de Casa? Cafú Alvenaria
(Estado, Município)

Há quanto tempo está no Rio? _____ Conhece o barbeiro? Sim Não
(chupão, procotô, fincão)

Sabe se existia barbeiro na casa onde nasceu ou morou? Sim Muitos
Não Poucos

Sabe se já foi picado? Sim Não

Já recebeu transfusão de sangue? Sim Não Onde? _____

Há quanto tempo: Anos Meses Quantas vezes? uma 2. à 4. 5 ou mais

Já doou sangue? Sim Não Quantas vezes? uma vez mais de uma

Suspeita Clínica: Infecção pelo T. cruzi: a) sem lesão cardíaca: Sim Não
0.86.9*

b) com Cardiopatia : Sim Não
0.86.0*

c) com Megaeosôfago : Sim Não
0.86.1*

d) com Megacolon : Sim Não
0.86.1*

Diagnóstico do ECG: _____

Médico Assistente : _____
(Nome legível)

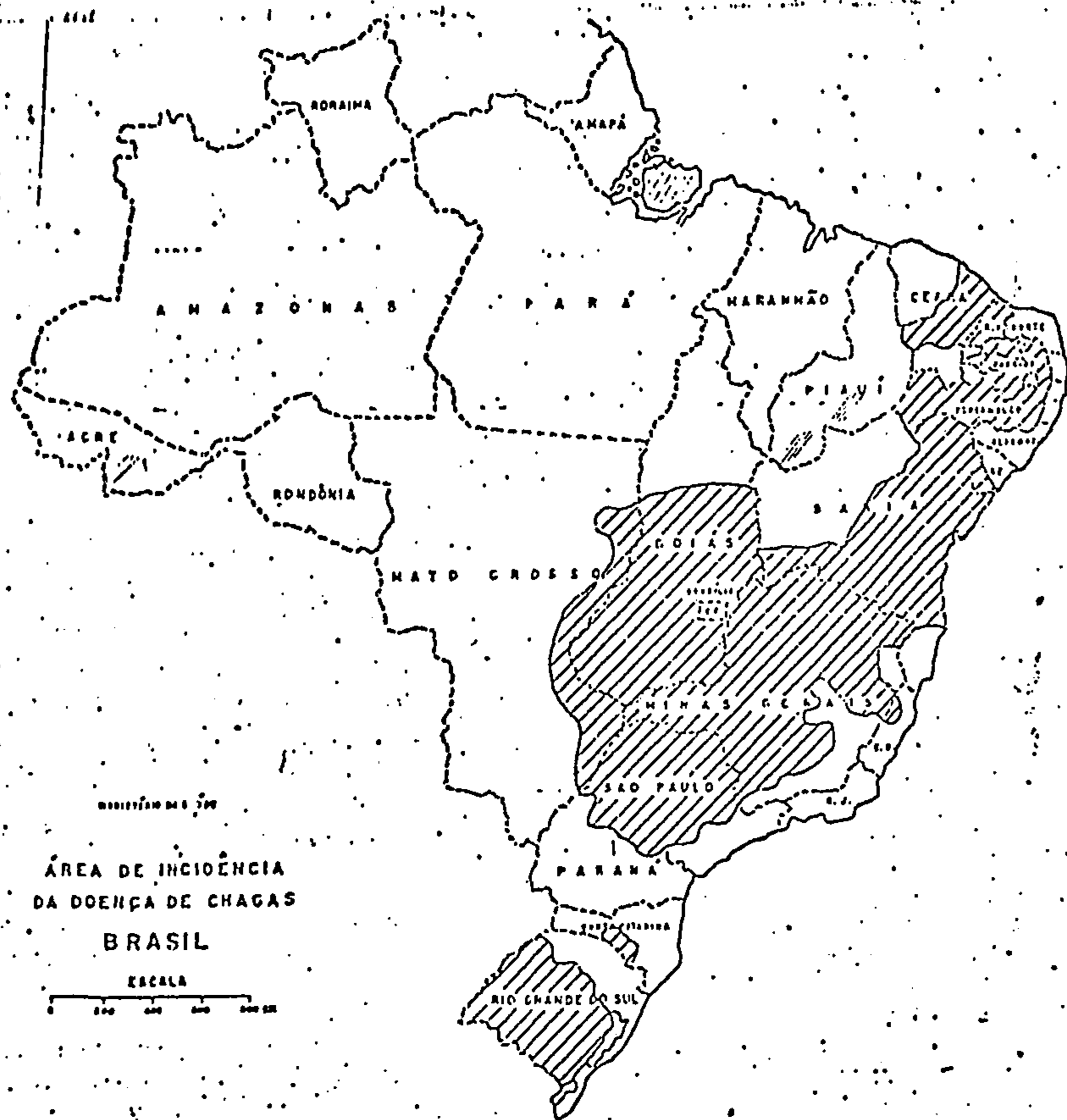
Outras Informações: _____

423



Data: .../.../.....

FIOCRUZ - PROJETO PEPPE-21.1

* Classif. Int. das Doenças, OMS, 1969



INSTITUTO DE ZOO
**ÁREA DE INCIDÊNCIA
 DA DOENÇA DE CHAGAS
 BRASIL**
 ESCALA
 0 200 400 600 800 KM

- 
 Área estudada onde há possibilidade de transmissão
- 
 Área não estudada, ou onde não há transmissão.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UERJ
AMBULATÓRIO DE MEDICINA INTEGRAL

Ped. Nº _____

PEDIDO DE EXAMES PARA TRIPANOSOMÍASE AMERICANA (Cod. 0.86*)

Nome: _____ Sexo: M F Idade: _____

Residência: _____ Tel.: _____
(Rua, nº, Bairro, Cidade)

Nº da Matrícula: _____ Cart. Prof.: _____ INAMPS: Sim Não

Nascido em: _____ Zona: Rural Urbana
(Cidade, Estado)

Habitou ou Permaneceu em zona endêmica** ? Sim Não Quanto tempo? Anos Meses

Onde? _____ Tipo de Casa? Cafua Alvenaria
(Estado, Município)

Há quanto tempo está no Rio? _____ Conhece o barbeiro? Sim Não
(chupão, procofô, fincão)

Sabe se existia barbeiro na casa onde nasceu ou morou? Sim Muitos
Não Poucos

Sabe se já foi picado? Sim Não

Já recebeu transfusão de sangue? Sim Não Onde? _____

Há quanto tempo: Anos Meses Quantas vezes? uma 2 à 4 5 ou mais

Já doou sangue? Sim Não Quantas vezes? uma vez mais de uma

Suspeita Clínica: Infecção pelo T. cruzi: a) sem lesão cardíaca: Sim Não
0.86.9*

b) com Cardiopatia : Sim Não
0.86.0*

c) com Megaesôfago : Sim Não
0.86.1*

d) com Megacolon : Sim Não
0.86.1*

Diagnóstico do ECG: _____

Médico Assistente : _____
(Nome legível)

Outras Informações: _____

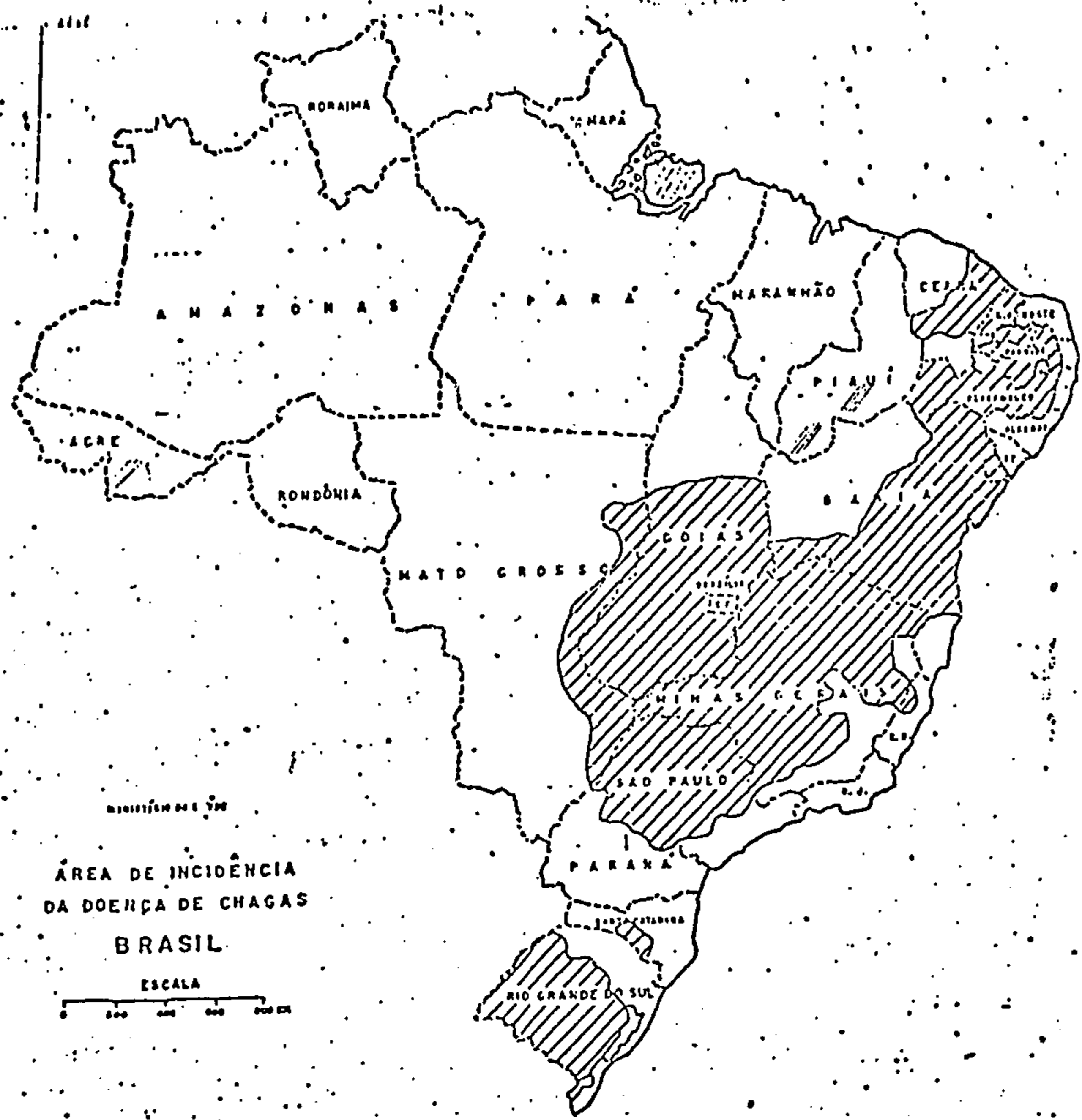
425

Data: .../.../.....

FIOCRUZ - PROJETO PEPPE-21.1

U E R J

* Classif. Int. das Doenças, OMS, 1969
** Vide Manual no verso



DIVISÃO DO BRASIL
 ÁREA DE INCIDÊNCIA
 DA DOENÇA DE CHAGAS
 BRASIL

ESCALA
 0 200 400 600 800 KM

- Área estudada onde há possibilidade de transmissão
- Área não estudada, ou onde não há transmissão.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS)

PEDIDO DE EXAMES PARA TRIPAMOSOMÍASE AMERICANA (Cod. 0.86*)

Nº _____

ao

HOSPITAL DE CARDIOLOGIA DE LARANJEIRAS - INAMPS

Rua das Laranjeiras, 374

Nome: _____ Sexo: M F Idade: _____

Residência: _____ Tel.: _____
(Rua, nº, Bairro, Cidade)

Nº da Matrícula: _____ Cart. Prof.: _____ 1ª Cons.: Sim Não

Nascido em: _____ Zona: Rural Urbana
(Cidade, Estado)

Habitou ou Permaneceu em zona endêmica**? Sim Não Quanto tempo? Anos Meses

Onde? _____ Tipo de Casa? Cafuá Alvenaria
(Estado, Município)

Há quanto tempo está no Rio? _____ Conhece o barbeiro? Sim Não
(chupão, procotô, fincão)

Sabe se existia barbeiro na casa onde nasceu ou morou? Sim Muitos
Não Poucos

Sabe se já foi picado? Sim Não

Já recebeu transfusão de sangue? Sim Não Onde? _____

Há quanto tempo: Anos Meses Quantas vezes? uma 2 ou 3 4 ou mais

Já doou sangue? Sim Não Quantas vezes? uma vez mais de uma

Suspeita Clínica: Infecção pelo T. cruzi: a) sem lesão cardíaca: Sim Não
0.86.9*

b) com Cardiopatia : Sim Não
0.86.0*

c) com Megaeosôfago : Sim Não
0.86.1*

d) com Megacolon : Sim Não
0.86.1*

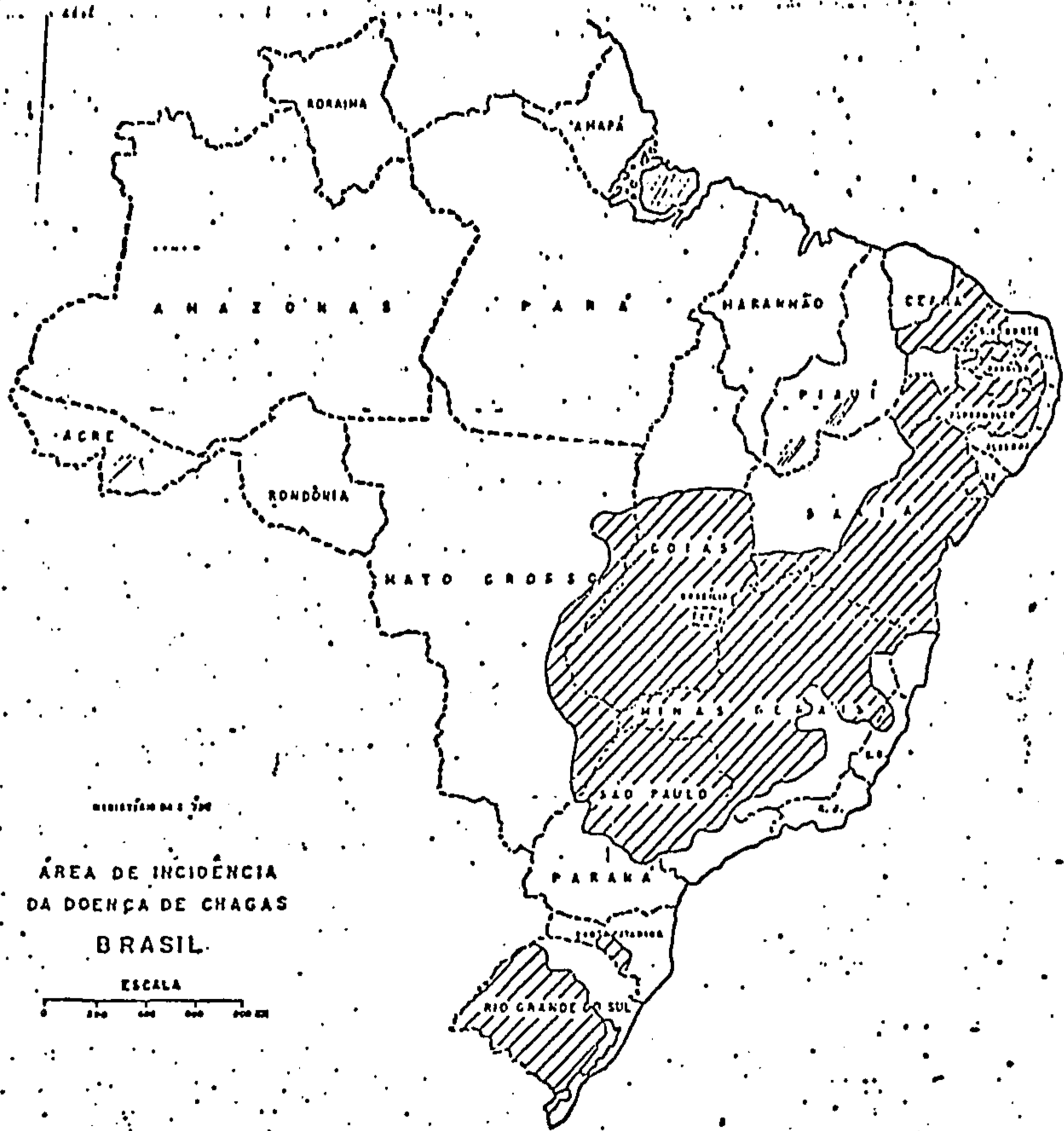
Diagnóstico do ECG: _____

Médico Assistente : _____
(Nome legível)

Hospital ou Posto : _____ 427



Outras Informações: _____

* Classif. Intern. de Doenças, 1969, OMS



RELEVÂNCIA DE 500
**ÁREA DE INCIDÊNCIA
 DA DOENÇA DE CHAGAS
 BRASIL**

ESCALA
 0 200 400 600 800 1000 KM

- 
 Área estudada onde há possibilidade de transmissão
- 
 Área não estudada, ou onde não há transmissão.

REPUBLICA DE CHILE

ANEXO IV

BRIEF COMMUNICATIONS

TISSUE REACTING ANTIBODIES IN A RHESUS MONKEY WITH LONG-TERM *TRYPANOSOMA CRUZI* INFECTION*

A. SZARFMAN, F. S. LARANJA, W. DE SOUZA,
L. GALVÃO QUINTAO, D. GERECHT, AND G. A. SCHIMUSIS
*Institute of Microbiology and Institute of Biophysics, Federal University
of Rio de Janeiro, and Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil*

Abstract. Immunoglobulins (Igs) reacting against endothelial and vascular structures and striated muscle cells as well as against cells from a peripheral nerve were detected by indirect immunofluorescent test (IIF) in a rhesus monkey infected for 29 yr with *Trypanosoma cruzi*. Anti-*T. cruzi* antibodies in this monkey showed a titer of 1:128 in the IIF test and the direct agglutination test. Tissue-reacting Igs were bound in vivo to the tissues, as was established by direct treatment of a biopsy of the deltoid muscle with Ig-labeled antisera. Electron microscopy of this tissue showed that Igs reacted with the plasma membrane of the muscle cells. Neither tissue-reacting Igs nor specific antibodies were detected in three uninfected adult monkeys.

It has recently been shown that the course of acute or subacute *Trypanosoma cruzi* infection in rhesus monkeys is similar to that in infected humans.^{1,2} We report here the findings in a rhesus monkey infected for 29 yr which suggest that tissue-reacting immunoglobulins (Igs) induced by the infection in this animal are similar to those described in human cases of Chagas' disease.^{3,4}

METHODS AND RESULTS

In 1948 a rhesus monkey (M1) was inoculated with 1 ml of blood from a human with acute Chagas' disease. During the acute stage of infection in this monkey 3 ml and 1 ml, respectively, of its blood were inoculated intravenously in two other rhesus monkeys (M2 and M3). Monkey M2 died 25 days post-infection with acute myocarditis and amastigotes in the heart and other organs; monkey M1 died 10 yr post-infection of tuberculosis, but had a megacosophagus and amastigotes in the muscle fibers.¹ Three months

after inoculation monkey M3, a 4-yr-old female, had mild clinical signs of cardiac failure (edema and bilateral increase of cardiac shadow) without significant electrocardiograph (EKG) changes. These abnormalities subsided completely in the following months, and during 1949 and 1950 the monkey showed no clinical or EKG signs of disease. In 1962 M3 was given corticoides to exacerbate parasitemia, and was found positive. Now, 29 yr after inoculation, M3 is still alive and apparently healthy. Examination shows a moderately enlarged cardiac shadow and normal esophagus. EKG shows supraventricular premature contractions, slightly increased in the P-R interval, and QRS without definite intraventricular block. These abnormalities strongly suggest myocardial damage.

Monkey M3 was the subject of the present study. As controls, three uninfected adult rhesus monkeys (2 females and 1 male) were used.

Serum samples obtained from all four monkeys were tested for anti-*T. cruzi* antibodies by the indirect immunofluorescent test (IIF),⁵ using goat anti-human IgM (Wellcome Ltd.) (IIF-IgM), rabbit anti-human Ig (Institut Pasteur) (IIF-Ig), and goat anti-human C3 labeled with fluorescein (Cappel Laboratories) (IIF-C3). All sera tested had titers that could be considered negative by IIF-IgM ($\leq 1:4$). Similar titers were found in the uninfected monkeys by both the IIF-Ig and IIF-C3 test. However, M3 had titers of 1:128

Accepted 20 January 1978.

* Made possible with funds provided by CNPq, grant no. 362 CT from FINEP and project PEPPE No. 21.1 from FIO CRUZ-FINEP.

Address reprint requests to: Ana Szarfman, M.D., Instituto de Microbiologia, Cidade Universitária, Ilha Fundão, Rio de Janeiro, 20000-RJ, Brazil.

JUN 8 1978

SEND PROOFS TO EDITOR.
REPRINT ORDER TO ALLEN PRESS.

I have checked this proof carefully,
I have marked all errors I want
Corrected.

Signed



FIGURE 1. Indirect immunofluorescence pattern of mouse peripheral nerve (A) and heart (B) sections treated with sera from the *T. cruzi*-infected rhesus monkey M3. The sciatic peripheral nerve was surrounded by muscle tissue prior to freezing and sectioning so that both structures would appear in the same section. $\times 450$.

by the IIF-Ig and IIF-C3 tests. A direct agglutination test⁸ performed with serum from M3 showed a 1:128 agglutinin titer which did not decrease following treatment of the sample with 2-Mercaptoethanol (2-ME). On the other hand, the uninfected monkeys had agglutinin titers of 1:32 which decreased to 1:2 following treatment of their sera with 2-ME, suggesting that these were "natural" IgM anti-*T. cruzi* agglutinins.⁹ Findings in M3 were consistent with previous reports indicating that antibodies in chronic *T. cruzi* infection of humans, mice, or rabbits are of the IgG type.⁹

Tissue-reacting Igs (EVI)¹⁰ against endothelial and vascular structures, heart and skeletal muscle cells, and cells from a peripheral nerve were detected in M3 (titer of 1:128) by both IIF-Ig and IIF-C3, using 2 μ cryostat sections of mouse heart, skeletal muscle, and sciatic peripheral nerve¹¹ (Fig. 1) as well as deltoid muscle biopsies from two of the uninfected monkeys as antigen.



FIGURE 2. Electron micrograph of a muscle biopsy of *T. cruzi*-infected monkey M3. An immunoperoxidase reaction appears at the cell membrane of the muscle cell (arrow), and also in the mitochondrial cristae (M). $\times 30,000$.

On the other hand, uninfected monkeys had titers of $\leq 1:4$. The absorption of M3 serum, done as previously reported³ with lyophilized epimastigotes of the Y strain eliminated anti-*T. cruzi*, EMI, and anti-peripheral-nerve-antibodies. Furthermore, only M3 had in vivo fixation of Igs to muscle cells as shown by the direct immunofluorescent test performed using cryostat sections of M3's own deltoid muscle biopsy with rabbit anti-human Ig labeled with fluorescein. These Igs were completely removed by washing the sections with citrate-buffered saline, pH 3.2,³ but not when phosphate-buffered saline was used. Citrate buffer-washed biopsy sections recovered their immunofluorescence pattern in the IIF test when they were incubated with serum of the same monkey (M3), but not when sera from the uninfected monkeys were used.

Electron microscopic studies of biopsy tissue from M3⁴ showed that the Igs stained with immunoperoxidase were bound to the plasma membrane of the muscle cells (Fig. 2).

DISCUSSION

Antibodies against endothelial and vascular structures, and striated muscle cells (EVI) and cells from peripheral nerves have been described in *T. cruzi*-infected humans.³⁻⁶ However, in mice,

and decreased titers of tissue reacting

the most widely used experimental host, only anti-nuclear antibodies are induced by the infection.¹⁰

One of the problems in studying American trypanosomiasis is obtaining a valid experimental host in which the course of infection resembles that observed in humans with Chagas' disease. The EKG alterations found in the monkey infected for 29 yr were similar to those described in some chronic human cases of Chagas' disease¹¹ and, although we could not eliminate the possibility that they were due to the age of the animal this, together with the fact that tissue-reacting Igs were also similar to those described in chronically, acutely, or congenitally infected people,^{3,4} suggests that the rhesus monkey might be such a host.

REFERENCES

1. Seah, S. K. K., Marsden, P. D., Voller, A., and Pettit, L. E., 1974. Experimental *Trypanosoma cruzi* infection in rhesus monkeys. The acute phase. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 68: 63-69.
2. Marsden, P. D., Seah, S. K. K., Draper, C. C., Pettit, L. E., Miles, M. A., and Voller, A., 1976. Experimental *Trypanosoma cruzi* infection in rhesus monkeys. II. The early chronic phase. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 70: 247-251.
3. Cossio, P. M., Diez, C., Scharfman, A., Kreutzer, E., Cantoloto, B., and Arana, R. M., 1974. Chagasic cardiopathy: Demonstration of a serum globulin factor which reacts with endocardium and vascular structures. *Circulation*, 49: 13-21.
4. Scharfman, A., Cossio, P. M., Arana, R. M., Urman, J., Kreutzer, E., Laguens, R. P., Segal, A., and Coarasa, L., 1975. Immunologic and immunopathologic studies in congenital Chagas' disease. *Clin. Immunol. Immunopathol.*, 4: 489-499.
5. Khoury, R. L., Cossio, P. M., Ritacco, V., Diez, C., Laguens, R. P., Segal, A., Scharfman, A., and Arana, R. M., 1976. Tinción inmunofluorescente de nervio periférico asociado al anticuerpo EVI. *Medicina (Buenos Aires)*, 36: 539 (abstract).
6. Scharfman, A., Cossio, P. M., Khoury, E. L., Ritacco, V., Arana, R. M., and Schmuñis, G. A., 1977. Tissue reacting Ig in children parasitic with *Trypanosoma cruzi*. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 71: 455.
7. Guimarães, J. P., and Miranda, A., 1961. Megacistofo em macaco rhesus com 10 anos de infecção chagásica. *An. Congr. Int. Doença de Chagas, Rio de Janeiro*, 2: 657-671.
8. Alvarez, M., Cerisola, J. A., and Rohwedder, R. W., 1968. Test de inmunofluorescencia para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. *Bol. Chil. Parasitol.*, 23: 4-9.
9. Gonzalez Cappa, S. M., Menes, S., Schmuñis, G. A., Scharfman, A., Vattuone, N. H., and Yanovsky, J. P., 1976. La detección de aglutininas específicas en el diagnóstico de la enfermedad de Chagas (trypanosomiasis Americana). *Medicina (Buenos Aires)*, 36: 364-375.
10. Scharfman, A., Cossio, P. M., Laguens, R., Segal, A., De la Vega, M. T., Arana, R. M., and Schmuñis, G. A., 1975. Immunological studies in Rockland mice infected with *T. cruzi*. Development of antinuclear antibodies. *Biomedicine*, 22: 489-495.
11. Laranjo, F. S., Diez, E., Nobrega, G., and Miranda, A., 1966. Chagas' disease: A clinical, epidemiologic and pathologic study. *Circulation*, 34: 1035-1060.

PARTE II: EXECUÇÃO FINANCEIRA

RECURSOS DO FNDCT

1.	TOTAL APROVADO	Cr\$ 2.036.400,00
2.	TOTAL LIBERADO	
	Até 30.06.78	Cr\$ 941.800,00
3.	GASTOS ACUMULADOS	
	Até 30.06.78	Cr\$ 606.199,00
4.	SALDO DO TOTAL	
	Aprovado (1 - 3)	Cr\$ 1.430.201,00
5.	SALDO DO LIBERADO	
	(2 - 3)	Cr\$ 335.601,00

RECURSOS DA CONTRAPARTIDA

DA FIOCRUZ

1.	TOTAL APROVADO	Cr\$ 3.337.000,00
2.	GASTOS ACUMULADOS	
	Até 30.06.78	Cr\$ 1.037.554,00
3.	SALDO EM 30.06.78	Cr\$ 2.299.446,00

PARTE III: RECURSOS HUMANOS

1. PESSOAL

1.1. <u>Científico</u>	<u>Nome</u>	<u>Contratação em</u>
1.1.1. FIOCRUZ:		
	Francisco da Silva Laranja F?	01/11/77
	João Carlos Pinto Dias*	01/03/73
1.1.2. FINEP:		
	Paulo Ginefra**	01/03/78
	Wille Oigman **	01/03/78
	Luiz Antonio B. Camacho	21/02/78
1.2. <u>Técnico</u>		
1.2.1. FIOCRUZ:		
	Alexandrino B. Fernandes**	07/06/49
	José Candido da Silva**	01/06/44
	Terezinha B. Simões**	21/09/76
	Aristides Silvério**	08/05/39
1.2.2. FINEP:		
	Juçara Maria C. de Castro	01/03/78
	Grace Elen da Silva	01/03/78
	Alexandre José Fernandes	01/03/78
	Décio de Oliveira Paula	01/03/78

* 30 horas semanais no Projeto

** 20 horas semanais no Projeto

Os demais, 40 horas semanais

1.3. Administrativo

1.3.1. FIOCRUZ:

Neide da Silveira Carrara 07/04/78

1.3.2. FINEP:

Urias Acácio Lamounier 01/03/78

Jadir Joaquim Vicente 01/03/78

Humberto Souza dos Reis 21/03/78

2. ALTERAÇÕES NA CONTRATAÇÃO DO PESSOAL

Proposto no Projeto	Recursos		Contratado (em substituição)
	FIOCRUZ	FINEP	
<u>2.1. Pessoal Científico</u>			
Carlos H. Klein Pesq. Assist.	sim	-	-
Victor H. Melo Aux. de Pesq.	-	sim	Luiz A. B. Camacho
<u>2.2. Pessoal Técnico</u>			
Juçara M.C. Castro	-	sim	Maria do C. Araújo
Eduardo Amaral	-	sim	Décio Oliveira
Isaac Faria	-	sim	-
<u>2.3. Pessoal Administrativo</u>			
Custódio R. da Rocha	-	sim	Jadir de Oliveira
José Gomes Lamounier	-	sim	Humberto S. Reis

PARTE IV: RECURSOS MATERIAIS

1. Equipamentos de Pesquisa

1.1. Previsto para aquisição no período

	Período Previsto
1 Eletrocardiógrafo HP 1516-A	1977
1 Teletermômetro YSI - Mod. 41 TA	1977
4 Conjuntos "TYCOS" de Tensiômetros e Estetoscópio triplo	1977
1 Reflexôgrafo FUNBEC	1977
1 Kit "GOWLAND" para fundo de olhos	1977
3 Negatoscópios	1977

1.2. Adquirido no Período

	Período Adquirido
1 Eletrocardiógrafo FUKUDA 3 canais (em substituição ao Eletrocardiógrafo HP 1516-A)	1978
4 Cronômetros	1978
3 Conjuntos "TYCOS" de Tensiômetro e Estetoscópio triplo	1978
3 Negatoscópios	1978
1 Compasso cronométrico	1978

1.3. Observação:

Teletermômetro YSI Mod. 41-TA está em fase de aquisição.

Reflexôgrafo FUNBEC e Kit "GOWLAND" para fundo de olhos foram dispensados.

2. Material Permanente e Equipamentos auxiliares

2.1. Previsto para o período

	Período Previsto
1 Conjunto de utensílios para montagem de bibliografia especializada:	
Grampeador 17 mm	
Rotulador	
Perfurador 7 mm	
Régua de aço	
Fichário e outros.	1977
1 Máquina de escrever elétrica	1977
1 Máquina de escrever manual	1977
1 Calculadora HP-35	1977
1 Projetor de slides Kodak-Z	1977

2.2. Adquirido no período

	Período Adquirido
1 Grampeador 17mm	1978
1 Perfurador 7mm	1978
2 Régua de aço	1978

2 Fichários	1978
1 Guilhotina	1978
1 Tomada múltipla	1978
1 Numerador Plin 6252	1978
1 Máquina Calculadora Hewlett Packard	1978
1 Máquina de escrever elétrica IBM Esfera 82 C	1978
1 Projetor de slides Kodak-Z	1978
2 Máquinas Sharp Mod. CS-1055	1978
10 Porta Revista	1978
1 Conjunto de Reprodução para slides	1978
2 Lentes Objetivas, sendo 1 grande angular, e 1 Objetiva Macro F/3.5/50 MM.	1978

2.3. Observação:

Máquina de escrever portátil foi dispensada.
(substituída por 2 calculadoras Sharp Mod. CS-1055)
Rotulador está em fase de aquisição.

PARTE V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. No grupo de sub-projetos sobre a História Natural da Doença, exatamente o mais valioso, é onde estamos encontrando as maiores dificuldades, resultantes de diversos fatores:
 - 1.1. Prolongado período de desativação das atividades do Posto de Bambuí, de tal forma que grande número de pacientes não teve sua documentação atualizada periodicamente. Muitos pacientes morreram sem serem reexaminados, durante um longo intervalo de tempo, o que torna praticamente inaproveitável a documentação desses casos.
 - 1.2. Dentre os doentes mais antigos, sobreviventes, muitos mudaram-se para outros Municípios ou Estados, tornando difícil sua localização atual.
 - 1.3. O longo período decorrido desde os exames iniciais, com precárias condições de conservação do material, especialmente a documentação radiológica, resultou em deterioração e mesmo inutilização da maior parte da documentação antiga.

2. A primeira etapa no desenvolvimento desse grupo de sub-projetos é a criação das condições básicas de trabalho no Posto, da infra-estrutura, o que já se conseguiu quase totalmente:
 - 2.1. Pela contratação de pessoal com atividades de tempo integral, especialmente o médico Luiz A. Camacho, que está fazendo a revisão dos casos.
 - 2.2. Reforma e reequipamento do Posto: (a) obras de reparos no prédio, (b) reparos no aparelho de Raio X. 440

- 2.3. Reorganização dos arquivos, com seleção e classificação da documentação, de acordo com o plano de trabalho do Projeto.
 - 2.4. Localização e reexame de pacientes sobreviventes, com mais de 5 anos de seguimento, a partir da data do 1º exame.
 - 2.5. Obtenção de dados adicionais para a documentação dos pacientes falecidos, a partir de informações de familiares ou de vizinhos.
3. Dentre os sub-projetos do grupo História Natural da Doença de Chagas, destaca-se o relativo às "formas crônicas com período agudo conhecido", que vem merecendo interesse especial do Dr. João C. Pinto Dias. Já foram revistos 108 casos, acompanhados por um período de 31 anos, em média. É o mais valioso grupo de casos, por permitir uma avaliação longitudinal durante toda a evolução da Doença.
 4. Quanto aos demais sub-projetos do grupo de História Natural da Doença (forma indeterminada e formas de cardiopatia crônica) ainda não é possível fazer um juízo seguro sobre o valor do material existente e as possibilidades de sua atualização.
 5. Ainda nesta linha de estudos longitudinais merece menção o inquérito no Rio Grande do Sul (municípios de S. Jerônimo, Encruzilhada, Rosário e Itaqui), pelo qual se projeta o reexame sorológico-eletrocardiográfico de pacientes que foram objeto de inquérito realizado em cooperação com o ex-DNERU, em 1953-54. Uma terça parte dos ECGs tirados naquela época foi

localizada no Hospital Evandro Chagas e destes pacientes se buscará a localização, para reexame, com intervalo de 25 anos.

6. O grupo de sub-projetos relativos à morbidade da doença de Chagas está restrito, por ora, ao Estado de Minas Gerais, compreendendo os municípios de Luz, Brumadinho, Capelinha e Botumirim, além do inquérito no Leprosário de Bambuí e o da prevalência das formas digestivas em Bambuí.

A questão das diferenças regionais na morbidade da Doença é muito atual, e cada vez se estão acumulando na literatura dados comprovantes dessas diferenças, cuja explicação é ainda bastante obscura. Há marcada tendência entre os pesquisadores a atribuir importância fundamental a variações da capacidade patogênica das diversas cepas de *T. cruzi*, em diferentes regiões geográficas. O assunto merece investigações bem mais amplas e aprofundadas.

7. A demonstração da existência de indivíduos com infecção pelo *T. cruzi* em uma área como o Rio de Janeiro, quaisquer que sejam as percentagens que este inquérito revele, tem enorme significação, porque esses indivíduos podem ser candidatos a doadores de sangue e através deles estar sendo disseminada a Doença em uma população urbana. Esta é uma realidade que começa a evidenciar-se em certos centros urbanos, como São Paulo e Belo Horizonte, onde casos agudos de doença de Chagas tem sido diagnosticados ultimamente, originários de transmissão por transfusão de sangue. Portanto é um inquérito de muita significação médica e social. Está sendo desenvolvido em colaboração com a UERJ, INAMPS e outras Instituições, e terá

a maior extensão e a maior duração que lhe pudermos dar, uma vez que, ao estender-se, não só proporcionará oportunidades de examinar uma população cada vez mais numerosa, como servirá ainda de motivação aos médicos, ao se familiarizarem com os procedimentos clínicos para evidenciação da infecção chagásica, da cardiopatia chagásica e dos megas. Com efeito, não é habitual que os médicos nesses centros urbanos não endêmicos, tenham sua atenção voltada para a possibilidade da etiologia chagásica, e muitas vezes deixam de diagnosticar casos típicos, unicamente pela falta de raciocínio dirigido nesse sentido.

8. Uma questão fundamental no diagnóstico das formas crônicas da doença de Chagas, é o aprimoramento dos métodos de demonstração do parasito, uma vez que, na grande maioria desses pacientes, é muito difícil o diagnóstico parasitológico. Este sub-projeto sobre o valor comparativo entre Hemocultura em meio LIT e Xenodiagnóstico, para o diagnóstico parasitológico das formas crônicas, é muito oportuno e seus resultados iniciais, evidenciando que a Hemocultura proporciona positividade em cerca de 55% dos casos, ao passo que o Xenodiagnóstico só dá positividade em cerca de 30% dos casos, de acordo com os dados dos Drs. Chiari e Pinto Dias, são bem significativos.
9. Finalmente, um breve comentário sobre o sub-projeto clínico-imunológico, relativo à significação e o valor diagnóstico dos anticorpos EVI na doença de Chagas crônica. Este trabalho já vai bem adiantado. Foram examinados 166 pacientes e estamos verificando a correlação existente entre os títulos desses anti-corpos no soro sanguíneo e o quadro clínico dos

dos doentes. Dividimos os pacientes em 3 grupos: um grupo de 80 pacientes da região, sem doença de Chagas; um grupo com doença de Chagas mas sem cardiopatia; e finalmente, um terceiro grupo com cardiopatia bem evidente, de grau maior ou menor. Procuramos estabelecer correlações entre os títulos desses anti-corpos circulantes (anticorpos EVI) e esses 3 grupos de pacientes, afim de termos uma idéia sobre a significação e o valor diagnóstico de tais anticorpos.

Rio de Janeiro, 11 de agosto de 1978.

Francisco da Silva Laranja Filho
Francisco da Silva Laranja Filho

Coordenador do Proj. PEPPE 21.1
Estudos Clínico-Epidemiológicos sobre
doença de Chagas

PROJETO 21.2 - "Importância de vertebrados não humanos
na epidemiologia da esquistossomos man-
sônica"

COORDENADOR: LUIZ FERNANDO ROCHA FERREIRA DA SILVA

PROJETO PEPPE 21-2

IMPORTÂNCIA DE VERTEBRADOS NÃO HUMANOS NA EPIDEMIOLOGIA DA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA

Objetivos gerais do projeto:

Vários autores, Schwetz (1952, 1954), Amarin Rosa e Lucena 1954, Pessoa 1963 e vários outros, vêm relatando a existência de infecção esquistossomótica em roedores.

Estudos mais recentes de Antunes (1971, 1972, 1973), Barbosa, Pinto e Souza (1971), Dias (1972), Santos (1972), Borba (1972), Marcos (1976) e Dias (1976), mostram a prevalência de infecção por Schistosoma mansoni em roedores e tentam determinar o papel desempenhado por estes na manutenção do ciclo do citado helminto.

Este projeto tem como principal objetivo a determinação da importância epidemiológica dos reservatórios vertebrados não humanos, em especial os roedores, na esquistossomose humana.

Com a finalidade de demonstrar o fato supracitado, lançamos mão das técnicas ecológicas empregadas por Dias (1976) e outros autores.

A escolha de local apropriado para o desenvolvimento do projeto constituiu fato importante. Dentre inúmeras localidades brasileiras, onde sabidamente temos a presença de infecção esquistossomótica no homem e em roedores, escolhemos aquela que, entre outras coisas, nos possibilitaria fácil acesso: SUMIDOURO - RJ.

Sumidouro fica situada a mais ou menos 200Km da cidade do Rio de Janeiro, numa altitude média de 400m, tendo como coordenadas geográficas 22° 02' 46'' de latitude sul e 42° 41' 21'' de longitude W. A área total do município é de 370 Km², sua população é de 11.102 habitantes, sendo que destes, 9.712 vivem na zona

rural. A principal atividade econômica da região é a agricultura seguida da pecuária. A primeira tem na produção de hortaliças sua base. A pecuária se faz importante principalmente no ramo dos laticínios.

Atividades desenvolvidas:

Com o município selecionado, surgiu o primeiro impasse, ou seja, que locais escolheríamos para o desenvolvimento do projeto. Concluímos que necessitaríamos de duas localidades diferentes, uma em que a presença do homem se fizesse de maneira importante e outra em que este fator fosse no máximo esporádico. Duas das várias localidades do município preencheram estes requisitos. A primeira, denominada de Fazenda da Porteira Verde, região de pequenas propriedades agrícolas, com uma área de 3.682.850m², população de 150 habitantes, pode ser dividida geograficamente em brejo, banqueta e montanha. A segunda é uma reserva onde se localiza o abastecimento de água para a sede municipal e a presença humana é, quando muito, esporádica.

Numa fase preliminar procedemos capturas esparsas de roedores silvestres, a fim de verificar as espécies mais frequentes da área, além de determinar sua relação com a infecção esquistossomótica. Conseguimos na área de Porteira Verde um total de 41 roedores, os quais foram submetidos a exames de fezes, através dos métodos de Kato e de sedimentação espontânea.

Destes quarenta e um (41) animais capturados, obtivemos 15 com exames positivos para Schistosoma mansoni, sendo que dois destes últimos só puderam ser submetidos a um exame (sedimentação), uma vez que morreram durante um final de semana.

A relação das espécies encontradas, bem como o percentual de exemplares com exame de fezes positivos para Schistosoma mansoni estão no Quadro I

QUADRO I

ESPÉCIES DE ROEDORES CAPTURADOS NA FASE PRELIMINAR DO PROJETO E PERCENTUAL DE EXEMPLARES POSITIVOS P/ S.M.ÁREA DE PORTEIRA VERDE.

ESPÉCIE	Nº DE EXEMPLARES CAPTURADOS	Nº DE POSITIVOS P/S.M.	PERCENTUAL DE POSITIVIDADE
NECTOMYS SQUAMIPES	31	14	45,2%
RATTUS R. RATTUS	05	01	20,0%
AKODONARVICULOIDES	03	0	-
DIDELPHIS MARSUPIALIS	02	0	-
TOTAL	41	15	36,6%

Polos resultados obtidos nestas primeiras capturas, notamos uma nítida predominância da espécie Nectomys squamipes sobre as outras, bem como um razoável percentual de positividade (45,2%) de infecção esquistossomótica nos mesmos.

Outras capturas de roedores foram executadas em outro local, Poço do Peri, na margem esquerda do rio Paquequer, onde a presença humana é apenas esporádica. A relação das espécies encontradas e o percentual de exames de fezes positivos p/ S.M. estão no Quadro II.

QUADRO II

RESULTADOS OBTIDOS DAS CAPTURAS DE ROEDORES NO POÇO DO PERI

ESPÉCIE	Nº DE EXEMPLARES CAPTURADOS	Nº DE EXEMPLARES POSITIVOS P/S.M.
NECTOMYS SQUAMIPES	4	0
DIDELPHIS MARSUPIALIS	3	0
TOTAL	7	0

Mais uma vez capturamos o Nectomys squamipes, apenas que desta feita não obtivemos nenhum exame de fezes com positividade para ovos de Schistosoma mansoni. Estes animais, capturados fora da área de Porteira Verde, são sacrificados após o exame de fezes e autopsiados, ocasião em que se procedeu à retirada de parasitas intestinais em geral, sendo estes últimos encaminhados ao Departamento de Helminologia, para estudos outros não relacionados diretamente com nosso projeto.

Em relação aos quarenta e um animais capturados em Porteira Verde, doze foram transportados para o laboratório do Departamento de Ciências Biológicas, onde se fez exame de fezes (método de Kato) dos mesmos, em dias alternados, totalizando 10 exames. No Quadro III seguinte relacionamos os resultados obtidos nestes exames.

Dos roedores capturados em Porteira Verde, nesta fase preliminar, com exame de fezes positivos para SM, onze foram sacrificados e seus órgãos enviados para a anatomopatologia. Foram examinados fragmentos de fígado, rins, pulmões, baço e intestinos.

Fígado - dos 11 animais examinados 9 apresentaram granulomas com ou sem restos ovulares, presença de pigmento pardo-escuro em células do SRE e ausência de fibrose periportal; a presença de verme adulto em espaço porta foi constatado em 4 animais; em apenas 2 se demonstrou presença de infiltrado linfo-plasmo-histiocitário. O parênquima hepático foi normal em 2 animais.

Baço - a cápsula e a polpa branca foram normais em todos os animais examinados: em 4 a polpa vermelha apresentou congestão venosa e presença de pigmento pardo-escuro em células do SRE; a presença de granuloma com restos ovulares foi constatada em apenas um animal.

Intestino - em 9 (nove) dos onze roedores examinados, constatou-se integridade de mucosa e presença de granulomas em submucosa, muscular e subserosa, alguns com restos ovulares.

Enterite catarral superficial do tipo descamativa foi encontrada em apenas 2 casos.

Pulmão - o parênquima pulmonar foi normal em 6 dos onze roedores examinados; em 3 casos constatou-se pequenas áreas com

Quadro III

SUMIDOURO - PORTEIRA VERDE

ANAIS POSITIVOS PARA S. MANSONI COM 10 EXAMES EM DIAS ALTERNADOS

ESPÉCIE	Nº	EXAME PELO MÉTODO DE KATO									
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Nectomys Squaviper	2	Posit.	Posit.	Posit.	Posit.	Posit.	Neg.	Neg.	Posit.	Posit.	Neg.
" "	3	Neg.	Posit.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
" "	5	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.
" "	7	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.
Rattus R. rattus	13	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
Nectomys Squavipes	17	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.	Posit.	Neg.
" "	18	Neg.	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Posit.	Posit.	Neg.
" "	20	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.
" "	21	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
" "	27	Posit.	Posit.	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
" "	28	Neg.	Posit.	Posit.	Neg.	Neg.	Posit.	Posit.	Posit.	Neg.	Posit.
" "	30	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Posit.	Neg.	Neg.	Neg.

início de hemorragia intra-alveolar; a presença de alterações mais acentuadas do tipo hepatização vermelha com intensa congestão vascular foi constatada em apenas um animal.

Rim - o exame foi inteiramente normal em 4 dos 11 examinados; congestão glomerular da rede venosa foi o achado mais frequente (6 casos). Em nenhum dos fragmentos examinados houve presença de granulomas de restos de vermes adultos.

Coração - este órgão foi normal nos onze animais estudados.

O exame histopatológico foi inteiramente normal em apenas um dos 11 roedores examinados.

Em março de 1978, iniciamos o estudo da dinâmica populacional de roedores da área de Porteira Verde.

Após o levantamento das condições ecológicas na fase preliminar, foram determinadas as linhas de captura e instaladas 180 armadilhas. As capturas são feitas em sete dias consecutivos por mês, utilizando-se armadilhas metálicas do tipo gaiola iscadas com banana ou milho. O acompanhamento da dinâmica populacional é feito através do método de captura-marcação-liberação-recaptura. A marcação dos animais é feita utilizando-se um código que inclui corte de falange e picote de orelha.

No momento da captura é feita biometria para acompanhamento do crescimento do animal em seu habitat e são escolhidas fezes para avaliação da positividade ou não para a esquistossomose.

Através de recapturas sucessivas pretendemos determinar a densidade populacional de roedores na área, domínio vital de cada espécie, deslocamento ao longo do córrego, visando o objetivo principal do projeto, que é a avaliação da importância relativa da presença de roedores na manutenção do ciclo e disseminação da esquistossomose.

Os resultados obtidos até o momento estão discriminados no Quadro IV.

Outro cuidado que tivemos na fase preliminar do projeto foi com a pesquisa de caramujos na área de Porteira Verde. De posse do mapa da região procedemos à pesquisa de maneira esparsa. O método utilizado foi o de conchadas. A espécie encontrada foi a

QUADRO IV - ACOMPANHAMENTO DE CAPTURAS DE ROEDORES SILVESTRES
 PROJETO 21.2 - XISTOSOMOSE - SUIDOURO
 VALE DA PORTEIRA VERDE - PONTO 3

DATA DA CAPTURA	ESPÉCIE	Nº DO ANIMAL	IDADE	R E G I S T R O									
				PRIMEIRA		SEGUNDA		TERCEIRA		QUARTA			
				DATA	COPROSCOPIA FATO SEG.	DATA	COPROSCOPIA FATO SEG.	DATA	COPROSCOPIA FATO SEG.	DATA	COPROSCOPIA FATO SEG.		
17/03	Nectomys squamipes	01	AD		Posit. Posit.								
18/03	Euryzgomatomys guirara	02	AD		Neg. Neg.								
18/03	Nectomys squamipes	04	AD	08/08	" "	09/08	Neg. Neg.	10/08	Neg. Neg.				
12/04	Akodon arviculoides	08	AD	30/06	" "	11/08	" "						
13/04	Nectomys squamipes	10	AD		Posit. Posit.								
13/04	Akodon arviculoides	11	AD		Neg. Neg.								
17/05	Akodon arviculoides	14	AD		" "								
18/05	Nectomys squamipes	20	JV		" "								
18/05	Akodon arviculoides	21	AD		" "								
18/05	Oryzomys eliurus	22	AD		" "								
19/05	Nectomys squamipes	23	JV		" "								
29/06	Oryzomys eliurus	20	-		" "								
29/06	Akodon arviculoides	26	AD		" "								
29/06	Nectomys squamipes	27	AD		" "								
30/06	Oryzomys eliurus	35	AD		" "								
30/06	Akodon arviculoides	36	AD	01/07	" "								
30/06	Akodon arviculoides	38	JV	01/07	" "								
30/06	Oryzomys eliurus	39	AD	05/07	" "								
30/06	Akodon arviculoides	40	AD	01/07	" "								
01/07	Oryzomys eliurus	45	JV		" "								
02/07	Oryzomys eliurus	46	AD	03/07	" "								
02/07	Nectomys squamipes	47	AD	05/07	" "								
02/07	Akodon arviculoides	48	AD	04/07	" "								
02/07	Oryzomys eliurus	49	AD	13/08	" "								
02/07	Oryzomys eliurus	50	AD		" "								
02/07	Nectomys squamipes	51	AD	09/08	" "								
03/07	Oryzomys eliurus	54	-	09/08	" "								
03/07	Oryzomys eliurus	55	-	05/07	" "	11/08	Neg. Neg.						
03/07	Akodon arviculoides	56	-	09/08	" "								
04/07	Oryzomys eliurus	58	-	05/07	" "								
04/07	Oryzomys eliurus	59	-	12/08	" "								
05/07	Oryzomys eliurus	61	AD	09/08	" "	11/08	Neg. Neg.						
09/08	Akodon arviculoides	61	AD	10/08	" "								
09/08	Akodon arviculoides	02	AD	10/08	" "								
09/08	Akodon arviculoides	03	AD		" "								
09/08	Akodon arviculoides	04	AD	12/08	" "	13/08	Neg. Neg.						
10/08	Nectomys squamipes	02	AJ		" "								
11/08	Oryzomys eliurus	07	AD		" "								
11/08	Nectomys squamipes	77	AD		Posit. Posit.								
12/08	Oryzomys eliurus	08	AD		Neg. Neg.								
12/08	Oryzomys eliurus	09	-		" "								
13/08	Oryzomys eliurus	11	AD		" "								
13/08	Oryzomys eliurus	11	AJ		" "								
10/08	Nectomys squamipes	04	AD		Posit. Posit.								

Biomphalaria glabrata. O número de espécimes encontrados, bem como sua positividade para cercárias de Schistosoma mansoni, estão relacionados no Quadro V.

QUADRO V

RESULTADO DOS CARAMUJOS COLETADOS EM PORTEIRA VERDE NA FASE PRELIMINAR DO PROJETO

MÊS/ANO	CARAMUJOS		% de	LOCAL PESQUISADO
	nº coletado	Positivos p/ cercária de sm	positi vidade	
Julho/77	146	0	-	Curral do Avelino
Outubro/77	83	17	20,5	(tanque e cascata) Cascata P. Verde
Novembro/77	08	0	-	Curral do Avelino
Novembro/77	84	2	2,4	Cascata P. Verde
TOTAL	321	19	5,9%	

De posse desses dados, achamos por bem proceder à pesquisa de caramujos em pontos fixos, que acompanham as linhas de captura de roedores e a distribuição da população humana.

Resolvemos estabelecer um período em cada mês, quando fazíamos a pesquisa em 3 pontos previamente fixados, obedecendo ao método de 50 conchadas em cada estação.

No período de janeiro/abril apesar de termos feito várias tentativas, nenhum caramujo foi encontrado. Acreditamos que as fortes chuvas de verão, frequentes naquela região, tiveram papel decisivo, uma vez que aumentavam em muito a correnteza dos riachos, arrastando com isto a população de planorbídeos.

Após a captura, os caramujos obtidos são submetidos a exame pelo método de esmagamento, a fim de se determinar a infecção dos mesmos por Schistosoma mansoni. Até o momento, excetuando-se a fase preliminar, não conseguimos detectar, em nenhum dos caramujos por nós examinados, a presença de qualquer tipo de cercária.

No Quadro VI discriminamos os resultados obtidos nas pesquisas mensais realizadas nas 3 estações fixas, da área de Porteira Verde.

Paralelamente ao trabalho de campo, estamos desenvolvendo em nossos laboratórios uma criação de caramujos procedentes de Porteira Verde. Este tipo de trabalho visa principalmente o isolamento de copas de Schistosoma mansoni de roedor e de casos humanos, após o que tentaremos determinar a susceptibilidade dos planorbídeos da área às duas possíveis "copas".

Essa criação de caramujos procedentes de Porteira Verde está em pleno desenvolvimento, contando no momento com mais de 3.000 exemplares jovens.

Nosso trabalho, no que se refere à parte clínica do projeto, teve seu início em março deste ano. A primeira preocupação que tivemos foi com relação ao número total de habitantes, bem como sua posição etária e a prevalência de infecção esquistosomótica e de outros vermes intestinais entre os mesmos. Para obtermos estas respostas visitamos todas as casas existentes na área, ocasião em que anotamos nome, idade, cor e sexo de seus habitantes e aproveitamos para distribuição de recipientes para coleta de fezes.

O método de Kato foi o escolhido, para o exame de fezes. Preparávamos e líamos 2 lâminas para cada amostra fecal.

Este primeiro inquérito nos deu as respostas esperadas. O número total de pessoas residentes na área foi de 164. Na composição etária, como demonstra o Quadro VII, é nítida a predominância de jovens.

Quanto ao sexo há um maior número de pessoas do masculino em quase todas as faixas etárias, excetuando-se apenas 2 grupos: - 10 a 14 anos e de acima de 50 anos.

A cor branca predominou em todas as faixas etárias.

QUADRO VI

RESULTADO DA PESQUISA DE PLANORBÍDEOS NAS 3 ESTAÇÕES FIXAS DA ÁREA DE PORTEIRA VERDE

MÊS	ESTAÇÃO I		ESTAÇÃO II		ESTAÇÃO III		TOTAL
	6 mm Capt	Positivo	6 mm Capt	Positivo	6 mm Capt	Positivo	
MARÇO	0	-	0	-	0	-	0
ABRIL	0	-	0	-	0	-	0
MAIO	8	0	2	0	26	0	40
JUNHO	2	0	8	0	8	0	77
JULHO	5	0	6	0	11	0	54
AGOSTO	2	0	10	0	12	0	60
TOTAL	17	0	26	0	57	0	231

OBS.: Incidências de Caramujos com menos de 6 mm de tamanho : 42,9%

Incidências de Caramujos com mais de 6 mm de tamanho : 57,1%

QUADRO VII

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO HUMANA DA ÁREA DE PORTEIRA VERDE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, COR E SEXO

GRUPO ETÁRIO (anos)	SEXO		COR		T O T A L
	MASCULINO	FEMININO	BRANCO	PRETO	
0 a 4	13	6	13	6	19
5 a 9	15	10	15	10	25
10 a 14	7	11	13	5	18
15 a 19	19	5	15	9	24
20 a 29	19	9	19	9	28
30 a 39	6	8	11	3	14
40 a 49	9	5	9	5	14
+ de 50	9	13	18	4	22
TOTAL	97	67	113	51	164

O número de indivíduos, cujos exames de fezes foram positivos para ovos de Schistosoma mansoni neste primeiro inquérito, foi de 15.

Outros parasitas intestinais também foram encontrados. O Quadro VIII dá a relação destes nas diversas faixas etárias.

QUADRO VIII

PREVALÊNCIA DE VERMINOSES INTESTINAIS NAS DIVERSAS FAIXAS ETÁRIAS

GRUPO ETÁRIO	ASCARIS L.	ANCILOSTOMA	TRICHURIS	TAENIA
0 a 4	6	2	5	0
5 a 9	12	14	13	0
10 a 14	7	9	5	0
15 a 19	5	13	7	1
20 a 29	5	8	2	0
30 a 39	0	4	7	0
40 a 49	4	10	4	0
TOTAL	39	60	43	1

No quadro acima não incluímos os indivíduos com exames de fezes positivos para Schistosoma mansoni, porque o fazemos de maneira detalhada mais adiante.

Após este inquérito preliminar, partimos para a segunda etapa de nosso plano, qual seja, o exame clínico detalhado dos habitantes da região.

Para procedermos ao exame clínico, achamos por bem montar um ambulatório em um dos sítios da região. Tomamos esta decisão porque depois de conhecermos todas as casas, constatamos as condições extremamente diversas das mesmas, o que prejudicaria uma uniformidade nos exames clínicos.

A ficha clínica utilizada foi a padronizada pela SUCAM na campanha contra a esquistossomose.

Até o momento temos 13⁴ pessoas examinadas e devidamente fichadas. Das 16⁴ iniciais, dez, ou melhor, uma família, mudou-se da área.

Concomitante ao exame clínico, fomos repetindo o exame de fezes daqueles indivíduos, cujos resultados no primeiro inqué-

para serem examinadas. Com este procedimento aumentamos de 20% o número de exames e quanto à distribuição de pessoas com infecção esquistossomótica.

A Tabela III mostra a relação do número de exames de fezes realizadas com o número de positividade observada.

QUADRO III

RELAÇÃO DO NÚMERO DE EXAMES DE FEZES REALIZADAS COM O NÚMERO DE POSITIVIDADES P. S.M.

Nº DE EXAMES	RESULTADO		TOTAL DE EXAMES TOTAIS
	POSITIVO	NEGATIVO	
14	15	217	232
14	3	67	70
TOTAL	24	284	308

Obs.: Método utilizado foi de Katz.

Todos os casos positivos para Schistosoma mansoni encontrados até o momento, são referentes a pessoas que habitam a parte baixa da área brejo e banqueta. Exatamente o local onde estão sendo capturados os roedores e caracujos.

Dos vinte e quatro indivíduos com infecção esquistossomótica a maioria (dezessete) é do sexo masculino e entre estão situados na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Esta prevalência maior no sexo masculino talvez esteja relacionada com a atividade profissional dos homens, pois lidando com a lavoura, têm mais chance de entrar em contato com os focos de infecção. O Quadro X mostra a distribuição dos casos positivos segundo as faixas etárias e sexo.

* 2º exame está em andamento.

QUADRO X

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS POSITIVOS P/ S.M. SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO

FAIXA ETÁRIA	SEXO	
	FEMININO	MASCULINO
0 a 4	0	0
5 a 9	1	2
10 a 14	2	3
15 a 19	2	9
20 a 29	0	2
30 a 39	0	0
40 a 49	1	1
+ de 50	1	0
TOTAL	7	17

Destes 24 pacientes já examinamos até o momento vinte e dois.

Na ocasião do exame clínico, além dos dados de identificação pessoal, demos importância aos possíveis contatos do indivíduo com os focos de infecção conhecidos, assim como seu tempo de permanência na área.

QUADRO XI

DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM EXAMES DE FEZES POSITIVOS PARA SCHISTOSOMA MANSONI, SEGUNDO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA ÁREA DE PORTEIRA VERDE

TEMPO DE PERMANÊNCIA	Nº DE PESSOAS
Desde o nascimento	11
De 1 a 12 meses	6
De 13 meses a 5 anos	3
De 6 a 10 anos	3
+ de 10 anos	8*

Das vinte e duas pessoas com infecção esquistossomótica, nove (9) relataram ter contatos raros com os focos conhecidos, enquanto treze (13) o apontaram como freqüente.

Outro dado que levávamos em consideração era a existência de tratamentos anteriores. Doze dos 22 pacientes examinados referiram uma ou mais terapêuticas prévias.

QUADRO XII

Nº DE TRATAMENTOS ANTERIORES	Nº DE PACIENTES
1	6
2	5
3	1

* Neste grupo estão incluídos 7 indivíduos que já estão citados no grupo "DESDE O NASCIMENTO".

Em todos os indivíduos tratados, a droga usada foi o Ilycanthone IM., na dose única de 3mg/kg de peso e todos foram submetidos a no mínimo seis exames de fezes para o controle de cura. Estas informações foram obtidas nos arquivos da sede da SUCAM-SUMIDOURO. Com isto podemos concluir que estes indivíduos estão se reinfectando, uma vez que seus exames atuais se mostram positivos.

Durante o exame clínico, questionávamos a respeito de algum sintoma que tivesse ocorrido nos últimos seis meses. Os dados obtidos a este respeito, nos 22 pacientes com esquistossomose examinados, estão no Quadro XIII.

QUADRO XIII

RELAÇÃO DOS SINTOMAS APRESENTADOS NOS ÚLTIMOS 6 MESES E SUA FREQUÊNCIA NOS PACIENTES COM ESQUISTOSSOMOSE

SINTOMAS	Nº DE PACIENTES
Cefaléia	4
Dor Abdominal	1
Enterorragia	1
Diarréia	2
Dor Abdominal + Fezes cestrias sanguíneas	1
" + Obstipação	1
" + Diarréia	3
Cefaléia + Obstipação	1
Diarréia + Dor Abdominal + Obstipação	1
Nenhuma queixa	7
Total	22

Quanto às formas clínicas seguimos a seguinte classificação:

1) A forma hepato-intestinal grau I - pacientes eliminando ovos viáveis nas fezes e sem fígado palpável.

2) Forma hepato-intestinal grau II - pacientes com ovos viáveis nas fezes e com hepatomegalia.

3) Forma hepato-esplênica compensada - pacientes com hepato-esplenomegalia, porém sem terem apresentado hematómese de enterorragia.

4) Forma hepato-esplênica descompensada - pacientes com hepato-esplenomagalia e que já apresentaram episódio de sangramento digestivo.

Não encontramos em nenhum dos 22 indivíduos com infecção esquistossomótica as formas hepato-esplênicas. Em dez (10) o fígado apresentava-se aumentado, indolor e em oito destes a consistência hepática foi endurecida. Nos outros dois (2) o fígado estava pouco aumentado e com consistência normal. Como se tratava de 2 crianças abaixo dos 7 anos de idade não valorizamos tal achado.

A relação das formas clínicas com o número de ovos eliminados por grama de fezes está discriminada no Quadro XIV.

QUADRO XIV

RELAÇÃO DE FORMAS CLÍNICAS ENCONTRADAS COM O NÚMERO DE OVOS ELIMINADOS POR GRAMA DE FEZES

Nº DE OVOS POR GRAMA DE FEZES	FORMAS CLÍNICAS		
	H I-I	H I-II	H.E.
24	1	-	0
48	7	6	0
72	2	0	0
96	2	2	0
144	0	1	0
1104	0	1	0
TOTAL	12	10	-

Obs.: HI - I - Hepato-intestinal grau I
 HI - II - Hepato-intestinal grau II
 H.E. - Hepato-esplênica

Apesar de observarmos que o número de ovos eliminados por grama de fezes é relativamente baixo, não podemos afirmar o mesmo com relação à causa parasitária. Para isto teríamos que ter feito vários exames em dias alternados, a fim de obtermos uma curva de eliminação de ovos para cada indivíduo positivo.

O achado de outros vermes intestinais foi freqüente. Nos vinte e quatro indivíduos com infecção esquistossomótica, dezoito apresentaram associação com um ou mais vermes intestinais, como mostra o quadro seguinte.

QUADRO XV

PACIENTES COM ASSOCIAÇÃO DE PARASITAS INTESTINAIS

PARASITASES	Nº DE PACIENTES
S.M. + Ancilostoma	8
" + Ascaris	3
" + Ascaris + Ancilostoma	4
" + Ascaris + Ancilostoma + TT	4
Apenas S.M.	3
TOTAL	24

REFRE

ÁREA DE ESTUDOS CONJUNTURAIS

ÁREA 30.0 - "ESTUDOS CONJUNTURAIS"

Durante o período que abrange este relatório não houve avanços significativos a respeito das pesquisas programadas dentro desta Área. Neste sentido, seria oportuno reconhecer que estes projetos, a serem executados por pesquisadores externos à Fundação, tiveram o seu maior empecilho na sobre-estimação que no momento de sua formulação se fez da capacidade administrativa e operativa da FIOCRUZ e do PEPPE.

A partir da liberação dos recursos do FNDCT, no mês de setembro de 1977, as atividades ficaram em torno a aspectos meramente formais que ainda hoje não permitem o início das pesquisas. Com efeito, as providências tomadas foram:

- a) solicitar da FINEP prorrogação do prazo de execução, previsto para um ano, expirando inicialmente em setembro de 1978;
- b) redação e revisão de contrato de execução de serviços de pesquisa entre a FIOCRUZ e os coordenadores dos projetos;
- c) atualização dos cronogramas de desembolso;
- d) encaminhamento do contrato a FINEP, para aprovação ou parecer.

Recebidas as observações da FINEP, espera-se que no segundo semestre deste ano sejam definitivamente solucionados todos os óbices existentes, visto que já foi providenciado o envio de uma convocação aos pesquisadores para que em data próxima compareçam a assinar o contrato. Os passos seguintes serão: a remissão da primeira parcela dos recursos, que será depositada em conta especial no Banco do Brasil S/A e entrega de instruções para o acompanhamento técnico e prestações de contas.

Cabe aqui acrescentar que dos dez projetos aprovados pela FINEP, apenas um não será realizado: "Medicina comunitária: investigação sobre as formas de participação popular" (PEPPE 32.1).

Isto se deve ao fato do coordenador, Dr. José Eduardo Passos Jorge, não ter sido localizado na cidade de Campinas (sede do projeto) e receia-se que tenha saído do Estado de São Paulo desistindo da pesquisa. Em concordância com isto, foi devolvida a FINEP a parcela já liberada dos recursos correspondentes a este projeto.