

11.06.02
Saúde Pública
5819d

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE NA ZONA NORTE DE
PORTO ALEGRE, RS: Comparação entre os respondentes e os
não-respondentes.

Airton Tetelbom Stein

Dissertação de Mestrado apresentada no
Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica-
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professora Orientadora: Maria Inês Schmidt

Porto Alegre, 1989



Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0943

Diagnostico de saude de uma co

AGRADECIMENTOS

São tantas as pessoas que se envolvem de alguma forma, com um trabalho de dissertação, que fica impossível enumerar a todas no momento dos agradecimentos.

Numa pesquisa com base populacional, o meu agradecimento inicial é para as famílias que foram entrevistadas, especialmente para aquelas em que foi difícil encontrar um horário para poder conhecê-las melhor.

Agradeço à Professora Maria Inês Schmidt por me orientar durante o desenvolvimento do meu trabalho.

Gostaria de agradecer a duas pessoas em especial: ao Dr César Victora, por ter participado em todas as fases de planejamento e execução da pesquisa do Diagnóstico de Comunidade que serviu de fonte para minha tese, e a minha mulher Magda Costa, que no dia-a-dia me acompanhou com palavras de estímulo e dividiu tarefas comigo.

Também quero agradecer a toda a equipe do Serviço de Saúde Comunitária Unidade Conceição que colaborou na primeira etapa de coleta de dados: Anelise Brier, Cristina Lemos, Elizabeth War-tchow, Hermes Cattani, Jaqueline Vargas, José Mauro Lopes, Laila Borges, Luiz Felipe Mattos, Maria Tereza Pinho, Márcia Reolon, Mary Castelli, Neusa Silvano e Wanda C. Leite.

Gostaria de agradecer a moradora Carmen Hilgert, que me auxiliou na coleta de dados dos moradores na segunda etapa da pesquisa.

Um agradecimento em particular à Equipe de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, que desenvolveu em conjunto os instrumentos utilizados na pesquisa, composta por: Silvia Takeda, Magda Costa, Márcia Reolon e Mary Buseti. Por último, também gostaria de agradecer ao epidemiologista Fernando Barros e ao Coordenador do serviço, Dr. Carlos Grossman.

SUMARIO

	P.
LISTA DE FIGURAS.....	6
LISTA DE TABELAS.....	7
I - INTRODUÇÃO.....	9
II - DIAGNÓSTICO DE SAUDE DE UMA COMUNIDADE.....	16
III - VANTAGENS E DESVANTAGENS DE UM DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE.....	24
IV - EXPERIÊNCIAS DE DIAGNÓSTICO DE SAUDE DE COMUNIDADE NO BRASIL.....	29
V - METODOLOGIA.....	33
5.1 - Local do estudo e seleção da amostra.....	33
5.2 - Descrição das etapas da pesquisa.....	35
5.2.1 - Primeira Etapa.....	35
5.2.2 - Segunda Etapa.....	35
5.3 - Questionário.....	36
5.3.1 - Primeira Etapa.....	36
5.3.2 - Segunda Etapa.....	36
5.4 - Coleta dos dados.....	37
5.4.1 - Primeira Etapa.....	37
5.4.2 - Segunda Etapa.....	37
5.5 - Treinamento do pessoal envolvido.....	38
5.6 - Análise dos dados.....	39
VI - RESULTADOS.....	40
6.1- Resultado da primeira etapa (respondentes).....	40
6.1.1 - Descrição da População.....	40
6.1.2 - Utilização dos Serviços de Saúde.....	41
6.1.3 - Prevalência de Problemas de Saúde referidos por indivíduos maiores de 15 anos.....	42
6.1.4 - Comparação do local de consulta em relação às crianças menores de 3 anos e dos idosos acima de 65 anos.....	42
6.1.5 - Avaliação da frequência de uso de métodos contraceptivos nas mulheres entre 15 e 49 anos.....	43
6.1.6 - Utilização de medicamentos pela população com 65 anos ou mais.....	44
6.2- Resultado da segunda etapa (não respondentes)..	45
6.2.1 - Descrição da População.....	45
6.2.2 - Condições de Moradia.....	46
6.2.3 - Situação Sócio-econômica.....	46
6.2.4 - Utilização dos Serviços de Saúde.....	47
6.2.5 - Situação de Saúde.....	47

VII	- DISCUSSÃO.....	69
7.1	- Dados gerais.....	69
7.2	- Utilização dos Serviços de Saúde.....	70
7.3	- Prevalência de Problemas de Saúde.....	71
7.4	- Comparação do local de consulta entre crianças menores de 3 anos e os idosos acima de 65 anos.....	73
7.5	- Uso de contraceptivos.....	74
7.6	- Uso de medicação pelos idosos.....	76
7.7	- Pesquisa dos não-respondentes.....	76
7.8	- Limitações do estudo.....	78
VIII	- CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA OUTRAS PESQUISAS.....	79
IX	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
	- ANEXOS.....	87
	Anexo A - Conceitos Básicos.....	87
	Anexo B - Médico Geral Comunitário.....	93
	Anexo C - Mapa da área em estudo.....	94
	Anexo D - Critérios para orientar as visitas domiciliares da amostra.....	95
	Anexo E - Questionário da primeira etapa.....	96
	Anexo F - Questionário da segunda etapa e carta aos moradores.....	102
	Anexo G - Treinamento da equipe - Manual do entrevistador.....	106
	Anexo H - Instruções para codificação.....	110
	- RESUMO.....	112
	- ABSTRACT.....	113

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	COMPARAÇÃO ENTRE O PROCESSO DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE COM O PROCESSO DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL....	48
FIGURA 2-	COORDENAÇÃO DE COLETA DE DADOS.....	49
FIGURA 3-	NÚMERO E PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS NA AMOSTRA.....	50
FIGURA 4-	MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELAS PESSOAS MAIORES DE 65 ANOS NO MES QUE ANTECEDEU A ENTREVISTA.....	51
FIGURA 5-	DELINEAMENTO DA SEGUNDA ETAPA - PESQUISA DOS NÃO-RESPONDENTES.....	52
FIGURA 6-	NUMERO E PERCENTUAL DOS DOMICILIOS NA AMOSTRA DOS NÃO-RESPONDENTES	53
FIGURA 7-	TAMANHO MÉDIO DA FAMÍLIA - COMPARAÇÃO ENTRE RESPONDENTES COM NÃO-RESPONDENTES	54
FIGURA 8-	TIPO DE CONSTRUÇÃO DA RESIDÊNCIA, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES E OS NÃO-RESPONDENTES	55
FIGURA 9-	TEMPO DE MORADIA NO BAIRRO, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES E OS NÃO-RESPONDENTES	56
FIGURA 10-	COMPARAÇÃO DA RENDA FAMILIAR ENTRE OS RESPONDENTES E OS NÃO-RESPONDENTES.....	57
FIGURA 11-	RENDA FAMILIAR MÉDIA ENTRE OS RESPONDENTES E OS NÃO-RESPONDENTES.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela	1- DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO	59
Tabela	2- QUANTIS DE RENDA FAMILIAR EM OTN.....	59
Tabela	3- ESCOLARIDADE DAS MULHERES ENTRE 15 E 49 ANOS.....	59
Tabela	4- LOCAIS DE CONSULTA MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES	60
Tabela	5- PREVALÊNCIA ESTIMADA DE PROBLEMAS DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 12 MESES REFERIDOS POR 676 INDIVÍDUOS MAIORES DE 15 ANOS	60
Tabela	6- NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NO ÚLTIMO MÊS PELAS CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS E PELOS IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS, COMPARANDO OS DOIS GRUPOS.....	60
Tabela	7- LOCAIS MAIS FREQUENTES DE CONSULTA DAS CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS E DOS IDOSOS COM MAIS DE 65 ANOS....	61
Tabela	8- COMPARAÇÃO ENTRE O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA E OS OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE CRIANÇAS E IDOSOS	61
Tabela	9- COMPARAÇÃO ENTRE DOMICÍLIO COM CRIANÇA E IDOSOS EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR EM OTN.....	61
Tabela	10- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR FAIXA ETÁRIA.....	62
Tabela	11- UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	62
Tabela	12- UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NAS MULHERES DE 35 ANOS OU MAIS.....	63
Tabela	13- UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EM MULHERES COM MENOS DE 20 ANOS.....	63
Tabela	14- COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE MULHERES QUE USAM ALGUM TIPO DE CONTRACEPTIVO COM AS QUE NÃO USAM, EM RELAÇÃO A ESCOLARIDADE, RENDA FAMILIAR E TRABALHO FORA.....	64
Tabela	15- DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO ETÁRIO DAS PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS.....	64
Tabela	16- CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS EM RELAÇÃO A ATIVIDADE FÍSICA.....	64

NÃO-RESPONDENTES

Tabela 1-	NÚMERO DE TENTATIVAS PARA REALIZAR A ENTREVISTA NOS DOMICÍLIOS NÃO-RESPONDENTES	65
Tabela 2-	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.....	65
Tabela 3-	CRIANÇA COM MENOS DE 3 ANOS EM CASA, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES	65
Tabela 4-	PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES	66
Tabela 5-	PESSOAS QUE TRABALHAM OU ESTÃO APOSENTADAS COM MAIS DE 15 ANOS, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES E OS NÃO-RESPONDENTES	66
Tabela 6-	CONHECIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GHC, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.....	66
Tabela 7-	CONSULTA NO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO CONCEIÇÃO ? - COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.....	66
Tabela 8-	PRESSÃO ALTA REFERIDA (TRATADA E NÃO-TRATADA), COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES	67
Tabela 9-	AÇÚCAR NO SANGUE REFERIDO (TRATADO E NÃO-TRATADO), COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES E OS NÃO-RESPONDENTES.....	67
Tabela 10-	PROBLEMA DE ALCÓOL REFERIDO, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES	67
Tabela 11-	BAIXA POR PROBLEMA DE NERVOS REFERIDO, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.....	68
Tabela 12-	HOSPITALIZAÇÃO POR QUALQUER PROBLEMA DE SAÚDE, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.....	68
Tabela 13-	MORTE DE ALGUÉM DA FAMÍLIA NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES	68

I - INTRODUÇÃO

Na cultura ocidental, do último século, a atenção tem mudado lentamente da doença para saúde. A saúde é vista como um equilíbrio delicado que pode ser perturbado por agentes externos. Um distúrbio suficientemente importante daquele equilíbrio vai resultar no que tradicionalmente é chamado de doença.(52)

O cuidado médico é desenvolvido para voltar ao equilíbrio perturbado, enquanto que o cuidado de saúde é desenvolvido para prevenir os distúrbios que possam vir a influenciar os determinantes de saúde. Esses determinantes de saúde podem ser divididos em dois grandes grupos:

- os determinantes que são específicos para indivíduos, geneticamente codificados e até agora de difícil influência.

- os determinantes externos que influenciam a saúde individual, ou seja, fatores ambientais, condições sócio-econômicas ou estilo de vida individual, sendo que essas variáveis exógenas parecem aceitar muito facilmente intervenção.

Nos anos recentes, a política de saúde tem dado muita atenção a medidas preventivas através de intervenção nos determinantes exógenos de saúde. Se a prevenção, no entanto, permanecer como um fator importante para medidas de política de saúde nas próximas décadas, terá que competir pelos escassos recursos com os aspectos curativos e com os serviços de saúde. Nesse aspecto, é extremamente importante que as expectativas dos políticos e da população, preocupados com os benefícios da prevenção, sejam realísticos.(52)

Nos últimos anos, tem-se criticado o modo como se estruturaram os serviços de saúde, que é o produto das circunstâncias sociais concretas. Questiona-se, principalmente, os seguintes aspectos: a fundamentação do modelo num conceito saúde-doença, que tem como determinante o aspecto social; a excessiva dependência de tecnologia complexa; e o pouco efeito desta sobre os principais problemas de saúde da população. Por outro lado, a atual crise econômica e social tem obrigado o Brasil a dar prioridade e atenção à saúde e a buscar outras formas de organização dos serviços. Com essas mudanças, se reconhece que a saúde tem um valor social transcendente e que faz parte das reivindicações da população no contexto político. (41)

O modelo de atenção vigente tem sido submetido a críticas, pois parte de um conceito técnico das necessidades de saúde, que se definem em função das características das medidas disponíveis para satisfazê-las, considerando-se em menor grau a percepção que tem a população. (41)

É necessário que esteja sempre presente o objetivo do serviço - elevar o nível de saúde da população - como ponto fundamental para avaliar a atuação do sistema e suas conquistas. Tendo como marco o objetivo do serviço, se poderá avaliar permanentemente as estratégias que se proponham, a fim de assegurar que o sistema de saúde sempre fique adequado aos problemas de saúde da população. (41)

No processo de transformação dos sistemas de saúde para alcançar os objetivos de "Saúde para Todos no Ano 2000", os países enfrentam a necessidade de introduzir mudanças importantes para resolver dois problemas comuns à maioria dos sistemas de

saúde da América Latina. Por um lado, os sistemas são já insuficientes para atender as necessidades crescentes de grande parte da população e, por outro, tendem a ser ineficientes na utilização dos limitados recursos disponíveis.(48)

Sobre a insuficiência de recursos calcula-se que cerca de um terço da população da América Latina e das Antilhas não dispõe de acesso regular a serviços de saúde. Isso significa que cerca de 130 milhões de pessoas ainda não têm cobertura de saúde. Esta população deve ser acrescida, a partir de agora e até ao fim do século, em 160 ou 170 milhões de pessoas. Assim, nos próximos 13 anos enfrentar-se-á um desafio crucial para conseguir alcançar o que os países da América Latina ainda não conseguiram desde a descoberta do continente. Além disso, a concentração da população em áreas urbanas, o seu envelhecimento e a crescente difusão de padrões de consumo de serviços de saúde, próprios aos países desenvolvidos ou às classes sociais mais favorecidas, aumentarão os gastos dos serviços de saúde.(48)

Com o propósito de realizar uma avaliação no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC do GHC) foi realizado, no final de 1986, um diagnóstico de demanda. (4,9)

O Serviço de Saúde Comunitária do GHC é composto por três unidades localizadas na zona norte de Porto Alegre (vide mapa e metodologia), com as seguintes características: atendimento universal, continuado, personalizado e integral a uma população geograficamente delimitada. (28)

O diagnóstico de demanda foi realizado em duas semanas, durante as quais todos os atendimentos feitos por médicos à nível



ambulatorial foram registrados. Através desse registro foi possível traçar um perfil dos pacientes e do padrão de atendimento, analisar os motivos de consultas, os problemas identificados pelos médicos, os padrões de encaminhamentos e supervisão, a utilização de serviços complementares e os tipos de condutas mais prevalentes.(9,63)

A análise de tais dados podem contribuir para avaliar a qualidade e a quantidade dos atendimentos oferecidos pelo Serviço de Saúde Comunitária; propor melhorias no atendimento médico através da adequação dos recursos existentes ao perfil de demanda observado; colaborar no planejamento do ensino médico, adaptando-o às necessidades da população atendida e do serviço; e sugerir novas linhas de investigação para permitir uma avaliação mais aprofundada dos serviços prestados.(63)

Os principais resultados obtidos no diagnóstico de demanda estão resumidos abaixo:

- a cobertura de puericultura variou entre 30 e 50% do esperado;
- a cobertura de pré-natal variou entre 20 e 35% do esperado;
- cerca de dois terços das consultas foram realizadas por mulheres;
- 60% das condutas tomadas foram farmacológicas;
- os fármacos prescritos caracterizaram-se por serem eficazes, pouco tóxicos e de baixo custo;
- os 20 minutos alocados para cada consulta foram efetivamente utilizados com o paciente;
- o índice de repetição de consultas foi muito elevado

(cerca de 50% dos pacientes retornaram em menos de um mês);

- o número total de consultas foi igual a 36% do número esperado, se cada habitante da comunidade consultasse cinco vezes por ano.(4)

O resultado de 36% do número esperado de consultas (pressupondo 5 consultas por habitante por ano e o dado do IBGE para a população da área) sugeriu que a demanda podia estar sendo reprimida quer pela dificuldade em obter consulta ou por desconhecimento do serviço, quer pela disputa da clientela estabelecida entre o SSC e os outros serviços ambulatoriais. Essas pressuposições não podem ser avaliadas por um diagnóstico de demanda e por isto decidiu-se realizar um diagnóstico de saúde de Comunidade, com base na população e não no serviço. (36)

No processo do diagnóstico de comunidade existem elementos mensuráveis, tais como: distribuição etária e por sexo, prevalência de doenças comuns, condições sanitárias, ocupação e alfabetização. Outros aspectos importantes - como crenças, valores culturais e organização social - são mais dificilmente avaliados, exigindo instrumentos específicos. Estes instrumentos são obtidos através de pesquisa qualitativa.(55)

As informações que permitem esse diagnóstico podem ser obtidas por:

1.fontes secundárias: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Associações de Moradores e bibliotecas;

2.estudos de campo: levantamentos epidemiológicos e estudos

antropológicos. (55)

Neste trabalho, desenvolve-se um diagnóstico de saúde comunitária através de um levantamento epidemiológico.

O objetivo geral é estudar os problemas de saúde da comunidade Conceição para juntar subsídios para o planejamento de seus serviços.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A - PRIMEIRA ETAPA (descrição na seção Metodologia)

1. Estimar o número de habitantes e sua distribuição etária;
2. Avaliar os serviços de saúde utilizados pela Comunidade Conceição em relação à proximidade de casa e ao tipo de serviço;
3. Estimar a prevalência de problemas de saúde referidos por indivíduos maiores de 15 anos:

- a) pressão alta;
- b) açúcar no sangue;
- c) hospitalização por problema dos nervos;
- d) hospitalização por outras doenças;
- e) problemas com álcool;

4. Comparar o local de consulta entre os grupos etários das crianças menores de 3 anos e dos idosos maiores que 65 anos;
5. Avaliar a frequência de uso de métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres de 15 a 49 anos;
6. Avaliar o padrão de utilização de medicamento pela população com 65 anos ou mais no mês que antecedeu a entrevista.

B - SEGUNDA ETAPA (descrição na seção Metodologia)

1. Conhecer a população dos não-respondentes;
2. Comparar os indivíduos respondentes com os não-respondentes

com as seguintes hipóteses em relação aos não-respondentes:

- são mais jovens;
- a média de moradores por residência é menor;
- tem menos criança em casa;
- moram em apartamentos;
- moram na área há pouco tempo;
- são proprietários do imóvel;
- mais membros da família que trabalham;
- tem uma condição sócio-econômica melhor;
- não consultam ou não conhecem o Serviço de Saúde Comunitária;
- são mais saudáveis.

Frente ao dinamismo da demanda e a rígida oferta de serviços de saúde, há necessidade de identificação e desenvolvimento de mecanismos que permitam à comunidade expressar as "necessidades sentidas". Isso pode ser feito através de um diagnóstico de saúde de comunidade, onde avalia-se o grau de satisfação e obtém-se participação mais efetiva no planejamento de saúde, o que contribuiria para a modernização dos serviços e o controle de sua qualidade.(41)

II - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE

No contexto ocidental, o termo diagnóstico tem conotação médica. No contexto indiano, no entanto, a noção tradicional de diagnóstico envolve uma avaliação social, moral e ecológica. E esse último conceito, com um senso mais abrangente do termo diagnóstico, que será aplicado nesta dissertação. (46)(ANEXO A)

Para avaliar diferenças de grupos sociais no que se refere à morbidade, é necessário examinar dados obtidos de pesquisa da população. Coleta-se informação independente de uso de serviço, pois tem sido demonstrado que a enfermidade, quando trazida à atenção do serviço de saúde, representa apenas uma fração do total de problemas de saúde de uma comunidade. (8)

A experiência em Cuba e em alguns países industrializados são exemplos da realização e aplicação do diagnóstico de saúde de uma comunidade.(29,43,57,58,59) Geralmente, os métodos para realizar diagnóstico de comunidade propostos têm sido elaborados e aplicados por países de alto desenvolvimento econômico e social e apresentam grande complexidade nas técnicas e procedimentos de obtenção, elaboração e análise dos dados. Além disso, a sua realização requer grande quantidade de recursos humanos, materiais e financeiros, e os resultados se alcançam num período relativamente prolongado.

O "Instituto de Desarrollo de la Salud de la República de Cuba" realizou várias experiências neste campo para a organização dos serviços de saúde pública. A experiência cubana permitiu chegar a considerações como:

- o estado de saúde da população não pode ser visto isolado da organização dos serviços de saúde pública, cuja finalidade é precisamente a proteção e a melhoria da saúde coletiva. Isto se define com mais clareza quanto maior é o desenvolvimento econômico de um país;

- cada vez se dá mais importância, dentro dos determinantes da situação de saúde de uma população, aos fatores sócio-econômicos, às condições materiais de vida e trabalho e ao modo de vida. Como estas condições não são homogêneas na população, existe uma distribuição socialmente heterogênea do processo saúde-doença;

- o estado de saúde da população é uma expressão que não se pode conceber como uma simples soma numérica dos estados de saúde individuais dos membros de uma coletividade;

- a busca de novos indicadores de saúde - lazer, a satisfação do homem com o trabalho, a segurança com a sua vida presente e futura, sua riqueza espiritual, as relações interpessoais - deve ser priorizada;

- a medição da saúde de uma comunidade, com fins práticos de administração de serviços de saúde, pode fazer-se bastante completa se for utilizado o estudo da morbidade geral, alguns indicadores demográficos, a invalidez e o crescimento e desenvolvimento físico mediante os quais podem ser delimitados os problemas de saúde fundamentais e suas prioridades, assim como os grupos (de idade, sociais, etc) mais vulneráveis para receber atenção médico-social preventivo-curativa. (29,57,58,59)

Decisões políticas sobre o cuidado de saúde devem ser baseadas em dados recentes sobre saúde e doença da população.

Além de estatísticas de mortalidade, a maioria das informações são conseguidas em instituições de saúde, resultando em uma seleção da população. Para resolver essa e outras limitações deste tipo de dado, freqüentemente informações adicionais são coletadas através de pesquisas sobre saúde à nível nacional.

Em muitos países industrializados, também é realizado, além dos sistemas de informação de saúde, o NHIS - National Health Interview Surveys (Pesquisas de Entrevistas sobre Saúde a Nível Nacional). O NHIS caracteriza-se pela coleta de uma amostra representativa da população de um país para obter dados subjetivos em aspectos relacionados à saúde e à enfermidade. Para avaliar a utilidade de dados do NHIS nas decisões políticas, revisou-se com atenção particular o desenvolvimento do NHIS em 9 países (onde se realizaram 11 pesquisas). (43)

Cada país decidiu realizar NHIS, porque percebeu que nas fontes de dados de saúde existentes não se encontram uma variedade de informações sobre saúde, enfermidade e incapacidade. A informação disponível na maioria dos casos satisfaz necessidades de natureza médica; na maioria das vezes origina-se de fontes médicas e profissionais médicos; não inclui os que não usam os serviços de saúde e as suas necessidades; fornece pouco "insight" nas razões para o consumo médico; não provê informação em estilo de vida e ambiente; não estuda suficientemente variáveis sociais, econômicas e demográficas.(43)

O NHIS apresenta, a despeito de conteúdo e forma nos vários países, o mesmo objetivo: obter informação sobre saúde relacionada com a população em geral. Os objetivos mais específicos são os

seguintes:

- descrever as condições de vida da população (Holanda);
- identificar áreas de alto risco para estudos mais profundos (EUA, Alemanha Ocidental, Austrália);
- dar dados aos planejadores para auxiliar alocação de recursos (Inglaterra e Alemanha Ocidental);
- dar informação sobre o padrão de consumo médico (Holanda, Alemanha Ocidental, França);
- fornecer indicadores sociais e de saúde baseados em informação relacionada a aspectos sociais e necessidades percebidas (Finlândia, Canadá, Suíça);
- dar apoio a medidas preventivas (Canadá);
- avaliar programas de saúde, intervenção médica e qualidade de cuidado (EUA, Alemanha Ocidental, Finlândia, Suíça, Holanda).(43)

Há muito interesse em indicadores de população, que podem fornecer informação sobre as necessidades locais de comunidade, entre organismos interessados em planejamento de saúde. Melhores medidas das necessidades na comunidade podem possibilitar um uso mais efetivo destes sistemas de planejamento.(8)

Um aspecto que tem sido explorado é a identificação daquelas características da população (incluindo os aspectos de morbidade) que estão associadas a modelos existentes de uso de serviço numa tentativa de alocar recursos disponíveis.(8)

Dados de mortalidade são relativamente confiáveis e são tradicionalmente utilizados como indicadores de saúde. Com os padrões modificando as doenças e com o aumento da expectativa de vida, mortalidade tem sido precedida pela morbidade como índice

de doença e saúde na comunidade. Dados de morbidade são mais difíceis de serem obtidos do que de mortalidade. É essencial obter dados de morbidade em pessoas não-hospitalizadas para medir o status de saúde de uma comunidade definida. Existem duas fontes para obter estes dados: através de visitas domiciliares (VD) em amostras populacionais e através de registro e análise de serviços de cuidados primários. As desvantagens das pesquisas realizando VD são o alto custo e a falha no diagnóstico médicos.(8)

O essencial para os cuidados primários em saúde é que toda a comunidade, os trabalhadores de saúde da comunidade, os médicos nos serviços básicos de saúde necessitam conhecer quais são as prioridades de saúde, o que causa os problemas de saúde e como prevenir ou lidar com eles. Isto envolve todo o processo de diagnóstico de comunidade.(8)

É necessário que os serviços de saúde superem a desarticulação que existe entre as diversas ações para resolver um mesmo problema de saúde. Para isto, dentro de cada instituição assim como entre as distintas instituições do setor e entre os diversos setores, deve se estimular a programação por prioridades.(41)

Estas prioridades são estabelecidas com base na magnitude dos problemas, no seu manejo e na facilidade com que eles podem ser alterados. A magnitude dos problemas de saúde é medida pela frequência e duração do problema (incidência e prevalência), gravidade (casos fatais e incapacidade), aspectos psicológicos (dor, medo, stress), aspectos sociais e econômicos. O manejo está relacionado à existência de métodos de controle, sua efetividade,

factibilidade e custo. Métodos epidemiológicos são necessários para obter a informação requerida. Uma pesquisa de comunidade pode também prover uma linha de base para a mudança e a avaliação de cuidados primários em saúde. Uma vez que a linha de base é obtida pelo diagnóstico de comunidade, não deve ser difícil repetir as partes mais essenciais da pesquisa periodicamente ou estabelecer um sistema de monitoramento. Com questionários adequados e preparados pode até ser possível determinar periodicamente qual comunidade está melhorando sua saúde, quais as que não estão e por que não. As informações requeridas para planejar atividades de saúde da comunidade e cuidados primários são acessíveis se há participação comunitária.(5)

Um diagnóstico de comunidade, como o descrito aqui, ilustra como a epidemiologia pode ser utilizada não só como um instrumento para pesquisa biológica, mas também para o estabelecimento de serviços de saúde. Na África Leste, este instrumento mudou a ênfase de prestação dos serviços de saúde e, no momento, a característica do atendimento é em cuidados primários em saúde. No que se refere à treinamento de estudantes, possibilita uma forma de aprendizado análogo ao utilizado no treinamento clínico. (5,60)

Assim como o diagnóstico clínico é um instrumento para técnicas de ensino de exame médico, o diagnóstico comunitário é um instrumento para investigação de vários achados da comunidade, e cada um deles é um assunto extenso em si mesmo.(5)

Decisões em relação ao tratamento de um paciente demanda análise da história, exame e investigação levando a um diagnóstico. Programas para planejamento de saúde numa comunidade necessitam diagnóstico de comunidade de uma área local, principalmente

baseado em informações epidemiológicas.(5) O paralelismo entre o diagnóstico individual e de comunidade está descrito na figura 1.(32)

Na África Leste, a retroalimentação dos dados encontrados no diagnóstico de comunidade é encaminhada à comunidade para discussão e aplicação. Em estudos desenvolvidos na Nova Guiné, constata-se que a retroalimentação " vai proporcionar à população ter melhores poderes para dialogar com os planejadores de serviços de saúde e participar na deliberação e escolher para a melhora da sua própria saúde".(5)

É importante conhecer a percepção da comunidade, dos seus problemas e serviços, os subgrupos em maior risco, o grau de participação comunitária, e avaliar a extensão das melhoras de saúde. (56)

No distrito de Alleghany (Virginia, EUA) realizou-se uma pesquisa para entender as necessidades da comunidade e para reforçar os programas de saúde . Numerosos benefícios resultaram desta pesquisa:

- em função do resultado de uma alta percepção da comunidade no cuidado com o idoso, um programa prévio de fornecimento de medicações para o idoso foi reinstalado pelo governo municipal;

- resultados da pesquisa identificaram abuso de álcool e drogas como um dos cinco problemas mais percebidos, o que levou à formação de um grupo de jovens que discute sobre o abuso de álcool e o uso de droga;

- foi mostrado que um número alto de pessoas perdiam dias de trabalho devido ao stress. Estes dados foram um instrumento para

obter um maior número de leitos psiquiátricos no hospital local, assim como recrutar dois psiquiatras para a área;

- em função da constatação de uma alta taxa de doença respiratória, houve a formação de comitê de cidadãos para abordar o assunto sobre poluição do ar. (56)

Atualmente é evidente que nenhuma comunidade e nenhuma equipe de trabalhadores de saúde pode trabalhar muito efetivamente sem realizar um diagnóstico prévio no qual possa basear as suas atividades de saúde. É evidente também que diagnóstico de comunidade é um tópico importante no treinamento de saúde comunitária; caracterizando-se como aprendizado, e promove trabalho em equipe e habilidades no manejo.

III - VANTAGENS E DESVANTAGENS DE UM DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

O entendimento sobre a utilização do Serviço de Saúde é pré-requisito para o planejamento inteligente do sistema local de cuidado médico. Muitas pesquisas abordam fatores que influenciam a quantidade e o tipo de serviços utilizados (principalmente a relação entre utilização e uma variedade de variáveis sócio-econômicas). Pesquisas realizadas por Andersen e Richardson (44) indicam que a necessidade sentida pelos pacientes para buscar atendimento médico é o fator determinante mais significativo da utilização de Serviços de Saúde. A doença crônica é o que mais contribui para a utilização de serviços médicos. A aprendizagem sobre a utilização de serviços de saúde tem sido feita através de estudos de campo utilizando técnicas de entrevistas domiciliares.

O artigo "Accuracy of a health interview survey in measuring chronic illness prevalence" analisa a acurácia dos dados de uma pesquisa de entrevista de saúde domiciliar em medir prevalência de doença crônica, onde os dados foram testados comparando as respostas à entrevista com os seus registros nos prontuários médicos. Os resultados indicam que a pesquisa por visitas domiciliares não é instrumento discriminador de registro de status médico. A taxa de falso-positivo foi 25%, e a taxa de falso-negativo foi 40%. Neste artigo o autor conclui que, antes de julgar a pesquisa utilizando visita domiciliar para medir a prevalência de morbidade, é importante perguntar como a medida é utilizada. Para rastreamento de casos individuais, medidas baseadas em auto-registro não são adequadas. No entanto, é pouco provável que seria utilizado para este objetivo. (44)

A chave para a utilização de informações de pesquisas para planejamento é que as respostas predigam acuradamente o fenômeno de interesse para os planejadores. A pesquisa de visita domiciliar para medir prevalência de doença crônica indica como a comunidade no geral percebe seu status de saúde. Se a percepção é de má-saúde, independente da realidade diagnóstica, motiva os indivíduos a procurar cuidado de saúde, sendo tal medida uma boa previsão em relação à utilização de serviços.(44)

O "National Household Survey Capability Programme" com o apoio das Nações Unidas e da OMS trabalha visando colaborar com os países em desenvolvimento, para estabelecer, através de um programa sistemático de pesquisas com visitas domiciliares, um fluxo contínuo de estatística integrada com base para apoiar o processo de desenvolvimento e informações de prioridades. O programa visa reunir os utilizadores e os produtores de tais dados para planejarem e realizarem pesquisas que respondam às necessidades e prioridades nacionais. Um programa continuado de pesquisa utilizando visitas domiciliares oferece vantagens que reforçam a idéia de que visita domiciliar é uma fonte de informação sobre saúde. Para monitorar o progresso em condições de saúde, torna-se essencial repetir medidas de uma maneira consistente e compatível, para que os serviços possam ser comparados, refletindo mudanças com o tempo.(11)

Dados de pesquisa de visitas domiciliares têm vários objetivos e considerações políticas comuns à maioria dos países em desenvolvimento. Observando os indicadores que estão sendo propostos para monitorar o progresso de "Saúde para Todos no Ano

2000", as pesquisas domiciliares serão uma fonte de estatística de saúde essencial e, em muitos casos, a única forma pela qual medidas e taxas poderão ser avaliadas. Os sistemas estatísticos devem estar disponíveis para identificar grupos vulneráveis e de alto risco tais como mães, crianças, idosos e pobres. Estratégias para atingir a estimativa de 2/5 da população, que estão presentemente fora do sistema de cuidado de saúde em países em desenvolvimento, irão requerer informações sobre o tamanho, distribuição e características desta população não-servida. Isto não pode ser feito apenas através de registros dos serviços, porque o ponto de contato entre o sistema e o público são muito infrequentes, pouco documentados e não-representativos.(11)

Em alguns países como no Kênia, tem-se desenvolvido um programa de pesquisa que possibilita a coleta de dados individualizados de cada distrito. O tipo de informação necessária para o planejamento de saúde no nível de distrito deve vir de um sistema de coleta de dados rotineiro. Uma das vantagens principais de uma pesquisa de visita domiciliar com múltiplos objetivos é a habilidade de relacionar variáveis de saúde com outros tópicos sócio-econômicos e demográficos.(11)

Pesquisas domiciliares têm assumido uma relevância especial como fonte de informação para indicadores estatísticos que utilizam planejamento, monitoração e avaliação de programas de saúde pública possibilitando uma interpretação ampla de saúde no contexto de bem estar sócio-econômico.(11)

Uma pesquisa utilizando visitas domiciliares, baseada em amostra representativa da população, é a fonte mais confiável para uma estimativa do percentual da população utilizando os

cuidados de saúde. Pesquisas baseadas na demanda vão, por definição, excluir as áreas de maior necessidade que não estiverem ainda sendo atendidas pelo serviço de saúde. Estes dados vão ser de muita importância para o planejador de saúde melhorar os programas de cuidados primários.

A epidemiologia, conhecida e aplicada pelos trabalhadores de saúde que atuam em serviços de cuidados primários, deve ser tratada como uma disciplina básica. O uso da epidemiologia em níveis de cuidado primário e secundário não tem como objetivo principal pesquisar ou calcular as taxas estáveis de morbidade (que requerem uma população maior), mas encorajar trabalhadores de cuidado primário na utilização do pensamento baseado na comunidade. Conhecimento do que acontece fora do seu ambulatório, possibilita aos trabalhadores de cuidado primário colocar o seu trabalho numa dimensão maior. Conhecimento, por exemplo, da população de mulheres grávidas tem muito mais importância do que o número de visitas de pré-natal.(60)

Uma das desvantagens na realização do diagnóstico de saúde da comunidade caracteriza-se pela limitação de recursos, principalmente quando não se tem disponibilidade de pessoas treinadas para determinadas tarefas. Em um trabalho desenvolvido na Índia, constatou-se que deveria ser desenvolvido o treinamento de pessoas leigas com o objetivo de realizar uma pesquisa participativa. As pessoas envolvidas na pesquisa participativa tiveram a oportunidade para tornarem-se melhores analistas da sua própria situação, melhores observadores das consequências do seu próprio comportamento e melhores criadores de alternativas e opções.(46)

Para o planejamento e manejo de serviços de saúde é necessário que os planejadores conheçam a frequência e os padrões de morbidade, assim como a utilização de serviços preventivos e curativos. Além disso, a informação é necessária para a utilização e atitude em relação a outras formas de cuidado de saúde.(51)

Num estudo revisando as pesquisas de entrevistas de saúde em países em desenvolvimento, pode-se classificar as pesquisas epidemiológicas pela metodologia em pesquisa transversal única, pesquisa transversal repetida ou pesquisa longitudinal.(51)

O principal objetivo da maioria dos estudos transversais únicos tem sido auxiliar no planejamento de serviços de saúde, estabelecendo as causas prioritárias de morbidade, pela identificação dos tipos de enfermidade e pela atitude do usuário em relação ao uso dos serviços. Pesquisas longitudinais têm sido frequentemente delineadas como estudos para monitorar mudanças em morbidade e o uso de serviços de saúde antes e depois da introdução de intervenção de cuidados de saúde específicos, tais como imunizações ou controle de programas. (51)

Os instrumentos para as entrevistas de saúde mediante visitas domiciliares foram criados nos países industrializados e logo adotados pelos países em desenvolvimento. Apenas nos últimos anos, tem-se tentado adaptar a metodologia a condições específicas de sociedades pluriétnicas, a maior parte delas em processo de rápida mudança social e cultural, com grande variedade de níveis sócio-econômicos entre os diferentes estratos da população e dotadas de vários tipos de serviços médicos tradicionais e modernos.(39)

IV - EXPERIÊNCIAS DE DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE COMUNIDADE NO BRASIL

O estado do Rio Grande do Sul é historicamente o pioneiro no treinamento de profissionais de saúde envolvidos numa prática de saúde comunitária. A Unidade Sanitária Murialdo iniciou a residência médica com especialização em Medicina Geral Comunitária no ano de 1973. (ANEXO B) No Projeto de Implantação do Sistema de Saúde Comunitária do Murialdo constatou-se uma realidade verdadeira até os dias de hoje, descrita aqui por uma paráfrase de Busnello:

"Ao se estruturarem os serviços de saúde não se leva em conta a consulta à comunidade, seja ela feita de forma direta, com sua participação em todo o processo de planejamento e organização, seja indiretamente, através do estudo, análise e interpretação das pesquisas epidemiológicas, sociais e culturais da população.

Essa crescente perda de relevância é resultado natural dos defeitos apontados. Sua tradução é dada pela baixa e inadequada utilização dos serviços, pela escassa cobertura, pela preocupação com problemas triviais e não solucionados de uma pequena parcela da população, em consultas que se repetem indefinidamente, pelo atendimento passivo da demanda através de serviços tradicionais de consulta médica, pela ausência e programação de atividades, pela ausência de serviços domiciliares, pela mínima coordenação com os serviços hospitalares ou outros e, por fim, pela pouca ênfase dada às atividades de prevenção primária.

A consequência imediata é que a população e os escalões

superiores deixam de exercer pressões e estímulo sobre os serviços, favorecendo a alienação e o fechamento da comunidade nela própria. Os serviços passam a responder a necessidades definidas internamente, o que caracteriza seu enclausuramento. As prioridades são estabelecidas em função das idéias e dos interesses dos profissionais que neles atuam e não de acordo com a importância dos problemas para a comunidade." (10)

Para que o serviço de saúde possa atingir os seus objetivos, como propõe o projeto da Unidade Sanitária Murialdo, há necessidade de realizar um treinamento do médico geral comunitário, assim como de outros profissionais da área da saúde e desenvolver o treinamento de agentes de saúde.

As obrigações e objetivos de todo o médico geral comunitário devem envolver dois elementos essenciais:

- identificar e resolver os problemas de saúde de cada paciente individualmente;

- prestar um serviço médico efetivo para a comunidade como um todo.(33)

Para que possa ter essas características, o médico geral comunitário deve conhecer a população onde atua. Isto pode ser feito através do diagnóstico comunitário, que permitirá o reconhecimento dos principais problemas e seu dimensionamento, a definição de prioridades e o planejamento de recursos visando prevenção de doenças e promoção de saúde, assim como um diagnóstico de demanda.(9,55)

Nos países pobres, as necessidades têm requerido novos métodos de descrição da situação de saúde para a população e também novas estratégias para promoção de saúde. (32) No nosso

país discute-se muito sobre organização de serviços de saúde, e a Constituição Brasileira promulga no artigo 198 que:

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade." (6)

O diagnóstico de saúde de uma comunidade é um instrumento que os profissionais de saúde podem utilizar para cumprir o texto sobre a saúde na Constituição, através da participação comunitária e da eleição de prioridades.

Vários trabalhos realizados pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP abordaram experiências sobre investigações epidemiológicas.(12,13,14,15) O grupo de trabalho em Ribeirão Preto desenvolveu um sistema capaz de propiciar a investigação epidemiológica a nível domiciliar, realizando duas experiências nos anos de 1972 (Vila Guatapara) e de 1973 (Vila Lobato) e, em 1974, na população de Ribeirão Preto. Os levantamentos de dados propiciaram um objetivo diferente das pesquisas com visitas domiciliares realizadas até então no Brasil, ou seja, a utilização dos dados coletados nas visitas domiciliares possibilitando uma adoção de medidas baseadas nas informações obtidas.

Existe pouca literatura brasileira sobre o assunto, tendo

vido realizado levantamento bibliográfico através do sistema LILACS, confirmando a pouca produção sobre o assunto.

Durante a década de 60, a United States Agency for International Development (USAID) e o Inter-American Statistical Institute (IASI) se empenharam em levar os países latino-americanos a implantar e desenvolver um sistema de inquéritos contínuos domiciliares visando, não somente proporcionar informações de interesse de cada país, mas também possibilitar comparações de estatísticas populacionais no continente.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) destina-se a coletar de modo sistemático, através de uma amostra probabilística de domicílios, várias informações a respeito da situação sócio-econômica da população.

V - METODOLOGIA

5.1 - LOCAL DO ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

O Serviço de Saúde Comunitária abrange uma população que foi estimada, antes do estudo, em 55000 habitantes na zona Norte de Porto Alegre. Esse Serviço consiste de três unidades, geograficamente delimitadas (mapa no ANEXO C), sendo a maior a Unidade Conceição, localizada junto ao Hospital Conceição, com população no censo de 1980 estimada em 30000 habitantes. A característica dessa população é apresentar melhor situação sócio-econômica em relação às comunidades das Unidade Vila Floresta (17000 habitantes) e Divina Providência (8000 habitantes), onde há problemas de saneamento básico e alto índice de desemprego. (55)

Ao se estabelecer um plano de amostragem para um inquérito epidemiológico, é fundamental garantir que todas as pessoas na população alvo tenham uma mesma probabilidade de serem incluídas na amostra. (38,62)

Tendo em vista as particularidades das três unidades, o sistema de amostragem foi diferente para cada uma delas. Nas comunidades Floresta e Divina Providência, consideradas comunidades pequenas, foi utilizada amostragem simples sistemática, porque ocorrem grupos populacionais de diferentes tipos nesta área geográfica. Na dissertação será descrito apenas o trabalho realizado na Comunidade Conceição.

Como o plano de amostragem foi realizado em função da disponibilidade de informações sobre a população a ser estudada, e

como no nosso meio não existe uma listagem de todas as pessoas pertencentes a um determinado grupo populacional, na comunidade Conceição constatou-se uma dificuldade na obtenção de uma amostra aleatória simples resultante das visitas de pessoas sorteadas dentre as listadas. Portanto, recorreu-se à opção de amostragem sistemática e por conglomerado, que dispensa uma listagem populacional.(62)

A amostragem por conglomerado facilitou a logística do trabalho de campo, constituindo-se a última etapa de um esquema de amostragem multifásica.(34,38,62)

Na comunidade Conceição foi utilizada amostragem por estágios múltiplos. Isto é, num primeiro estágio enumerou-se todas as 54 quadras da área geográfica delimitada e sorteou-se um terço destas quadras - um quadrado entre o Shopping Center, Av. Assis Brasil, João Wallig e Av. do Forte. O segundo estágio consistiu de visitar um domicílio em cada sete, correspondendo a uma fração amostral de 5% dos domicílios da comunidade. Para a expansão dos dados o fator a ser utilizado será 21. (ANEXO D)

A fórmula utilizada para calcular o tamanho da amostra foi a seguinte:(7)

$$N = 4 z^2 P (1-P) / e^2$$

onde: N - número da amostra
P - prevalência
z - alfa
e - erro (intervalo de confiança)

Calculou-se o tamanho da amostra adequado para estimar um problema de saúde com prevalência de 10%, definiu-se que o erro máximo tolerável foi de 3% (intervalo de confiança entre 7 e

13%), viabilizando-se o estudo de acordo com os recursos disponíveis do serviço (principalmente no que se refere ao número de entrevistadores).

$$\frac{4 (1.96)^2 0.1(0.9)}{(0.03)^2} = 1.38/0.0009 = 1533 \text{ pessoas}$$

Como, pelo censo do IBGE, o tamanho médio da família é de 4.5 pessoas por domicílio, a amostra foi estimada em 340 domicílios. (33)

5.2 - DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA

Nesta pesquisa foram realizadas duas etapas para atingir os objetivos propostos.

5.2.1 - PRIMEIRA ETAPA:

A primeira etapa refere-se ao período entre abril e maio de 1987, onde foram estudados os moradores dos domicílios localizados após três tentativas. Naqueles domicílios em que não foi encontrado ninguém em casa, deixou-se uma carta referindo a visita e combinando um próximo encontro.

5.2.2 - SEGUNDA ETAPA

A segunda etapa refere-se ao período entre janeiro e outubro de 1988 em que os moradores não-entrevistados, por não terem sido localizados, ou por terem se recusado a responder na primeira etapa, foram revisitados. Esta etapa é denominada de pesquisa dos não-respondentes. (38)

A análise dos dados dessa etapa considerou, portanto, tanto os que se recusaram a responder à entrevista quanto os que não foram encontrados como não-respondentes.

Partindo do pressuposto de que as pessoas que não respondem diferem daquelas que o fazem, foram levantadas hipóteses para justificar o não encontro das pessoas em casa, mesmo após 3 visitas em horários diferentes. Na experiência de Victora C., as recusas parecem ser algo que depende muito do momento em que o indivíduo é contactado. Em mais de 80% dos casos de recusas iniciais, o autor relata que conseguiu que o entrevistado colaborasse em uma segunda ou terceira tentativa.(62)

5.3 - QUESTIONÁRIO:

5.3.1 - PRIMEIRA ETAPA

Numa primeira parte, o questionário empregado descreve a distribuição por sexo e por faixa etária, o tipo de família, o comparecimento na escola das crianças de 7 a 14 anos, o fato de a família participar regularmente de atividades sociais, o fato de alguém precisar consultar com um médico nos últimos três meses, a utilização de atendimento alternativo, o conhecimento do Serviço de Saúde Comunitária, o registro de alguma morte, a idade do morto, a situação sócio-econômica, as condições de residência e os problemas mais importantes do bairro. (24,39,51)

Foram realizados também questionários específicos em relação as seguintes faixas etárias: crianças menores de 3 anos, mulheres entre 15 e 49 anos, e idosos com 65 anos ou mais.

O questionário utilizado nesta etapa da pesquisa está descrito no ANEXO E.

5.3.2 - SEGUNDA ETAPA

O questionário para o grupo dos não-respondentes foi feito selecionando-se os itens que haviam sido pesquisados na primeira

etapa no questionário geral, abordando apenas aqueles que poderiam dar conta das hipóteses levantadas. Este questionário também foi elaborado com algumas variações para ser enviado pelo correio, com uma carta explicando os motivos do estudo.

O questionário dos não-respondentes, assim como a carta explicando a importância da pesquisa foi reproduzido no ANEXO F.

5.4 - COLETA DE DADOS

A coordenação geral ficou com dois epidemiologistas que trabalham no serviço, assessorados por 6 médicos gerais comunitários (MGC) que supervisionavam o trabalho de campo (Figura 2). A investigação foi realizada utilizando os recursos humanos e materiais do próprio Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

5.4.1 - PRIMEIRA ETAPA

Os Médicos Gerais Comunitários da Unidade Conceição, duas enfermeiras e uma secretária realizaram a coleta de dados nesta etapa, através de visitas domiciliares.

5.4.2 - SEGUNDA ETAPA

Na segunda etapa da pesquisa houve três fases, a saber:

-PRIMEIRA FASE: Foram visitados todos os domicílios dos não-respondentes, e os moradores dos domicílios localizados foram entrevistados pelo autor deste trabalho. Nessa fase, tentou-se também realizar a entrevista aos moradores através de telefone.

-SEGUNDA FASE: Foram enviadas cartas aos moradores dos domicílios onde não havia ninguém em casa após três visitas.

-TERCEIRA FASE: Uma moradora da comunidade visitou os

moradores que não haviam sido localizados, realizando a entrevista após várias tentativas de visitas domiciliares.

5.5 - TREINAMENTO DO PESSOAL ENVOLVIDO

De todo o pessoal envolvido, os entrevistadores mereceram maior atenção em decorrência do seu papel de agentes de obtenção das informações primárias. Todos os participantes assistiram a reuniões preparatórias de discussão e treinamento de preenchimento de questionários. Os entrevistadores, na maioria médicos, receberam um manual de instruções (ANEXO G) e, nas reuniões, discutiram as dúvidas que foram esclarecidas à medida que era visto o conteúdo do protocolo. Após esclarecidas as dúvidas, cada entrevistador realizou 5 visitas, como parte de um piloto. Discutidos os novos problemas surgidos, em função da experiência de todos os entrevistadores, foram eles considerados aptos a iniciar o trabalho. Não se fez testes que permitissem avaliar a variação intra-observador e a interobservador. Tomou-se, no entanto, o cuidado de promover sempre as discussões em grupo dos quais participavam todos os entrevistadores, além da coordenação. (62)

A entrevistadora da segunda etapa reside em local próximo aos moradores não-respondentes, tendo sido treinada para obtenção das informações de modo semelhante ao restante da equipe, com o acompanhamento do autor do trabalho nas primeiras visitas.

Os codificadores foram os médicos que trabalham junto com o grupo de epidemiologia, e as instruções para codificação encontram-se no ANEXO H. Os digitadores foram do grupo de epidemiologia de Pelotas que já estavam familiarizados com esse tipo de trabalho, dispensando assim qualquer treinamento especial.

5.6 - ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada em microcomputador PC-IBM compatível, utilizando o programa Dbase III Plus para a entrada dos dados e o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science).(45)

Na primeira etapa da pesquisa os dados foram analisados descritivamente. No entanto na segunda etapa utilizou-se qui-quadrado e teste t na comparação entre os respondentes e não-respondentes, e o erro alfa estimado foi de 5%.

Foram dadas três opções às variáveis que estudaram os locais de atendimento e os medicamentos utilizados pelos idosos e ao serem analisadas, realizou-se um somatório de opções.

Para realizar o intervalo de confiança em relação aos problemas de saúde foi utilizada a seguinte fórmula: (22)

$$p \pm 1.96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{N}}$$

onde p = proporção observada

N = número de pessoas observadas

VI - RESULTADOS

O número de domicílios sorteados e visitados foi de 419, dos quais 18 (3%) estavam desabitados em 1987, e portanto foram excluídos da amostra; 88 não foram encontrados os moradores após 3 visitas em diferentes horários; e em 30 domicílios, houve recusa dos moradores em responder o questionário como demonstra a **figura 3**. Assim, na primeira etapa, foram aplicados questionários em 283 domicílios.

Na segunda etapa, ou seja, na pesquisa dos não-respondentes, os resultados foram obtidos através da entrevista aos moradores de 76 domicílios, que não tinham sido localizados ou se recusaram na primeira etapa.

6.1 - RESULTADO DA PRIMEIRA ETAPA (respondentes)

6.1.1 - DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO

A população da área de abrangência da Unidade Conceição estimada a partir do estudo é de 27510 pessoas. Para se estimar a população total desta área, fez-se os seguintes cálculos:

(1) Número total de domicílios habitados = número de domicílios habitados da amostra X fator de expansão dos dados.

$$401 \times 21 = 8421 \text{ domicílios habitados}$$

(2) Número total de domicílios habitados/número de domicílios entrevistados.

$8421/283 = 30$ (valor utilizado para multiplicar na expansão dos dados).

Calculou-se o tamanho médio da família da seguinte forma:

Número total de pessoas da amostra / número de domicílios

entrevistados.

$917/283 = 3.2$ pessoas por domicílios

A **tabela 1** apresenta a distribuição da população por faixa etária e sexo. Trata-se de população onde 53% são mulheres, com predominância de adultos jovens, sendo que 58% encontra-se na faixa etária de 15-49 anos. A maioria das famílias (86%) são do tipo nuclear, isto é, duas gerações.

Pessoas com menos de 15 anos correspondem a 26% da população; mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) totalizam 32%; idosos (65 anos ou mais) correspondem a 6%.

Quanto à renda familiar na Comunidade Conceição constatou-se que apenas 26% apresentou-se com menos de 21 OTN (ou 4 SM) por mês e 27% apresenta renda familiar maior que 60.56 OTN (11 SM)(**tabela 2**).

Foi estudado nessa amostra a escolaridade das mulheres entre 15 e 49 anos e foi identificado analfabetismo em apenas 2% das mulheres, enquanto que a maior parte do grupo estudou entre 9 a 12 anos (**tabela 3**).

6.1.2 - UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em 72% dos domicílios, houve necessidade de atendimento médico nos últimos 3 meses; desses, 19% consultou em dois ou mais serviços. Identificou-se 24 locais de consulta, sendo que os mais frequentes estão relacionados na **tabela 4**. O Serviço de Saúde Comunitária Conceição foi o local mais procurado (31%). Os serviços localizados na área geográfica delimitada (SSC, Hospital N.S. da Conceição e Banco de Olhos) foram procurados por 54% das pessoas; os médicos particulares por 19% das pessoas e outros

serviços mais distantes por 28% das pessoas.

6.1.3 - PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE REFERIDOS POR INDIVÍDUOS MAIORES DE 15 ANOS

A **tabela 5** mostra que no período de um ano que antecedeu à entrevista, considerando apenas as pessoas com 15 anos ou mais, 9% da população da área, referiu que foi hospitalizada, sendo que 2% hospitalizou-se por problemas psiquiátricos. Em relação às doenças crônicas, obteve-se a estimativa de 1.6% das pessoas referindo açúcar no sangue; 2% relatou "problemas com álcool"; e 12% referiu pressão alta. Das pessoas que citaram pressão alta, 65% referiram fazer tratamento regular com anti-hipertensivo.

6.1.4 - COMPARAÇÃO DO LOCAL DE CONSULTA EM RELAÇÃO AS CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS E AOS IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS

Estudou-se a frequência de consulta das crianças menores de 3 anos e dos idosos maiores de 65 anos, no mês anterior à pesquisa. Em relação aos indivíduos da amostra que não consultaram, 49% eram crianças e 51% do grupo de idosos, enquanto que, entre os que consultaram uma ou mais vezes, 56% eram crianças e 44% idosos, não havendo diferença estatisticamente significativa (**tabela 6**).

O local de consulta mais frequentemente utilizado pelas crianças foi consultório particular em 50% dos casos, seguido do SSC com 29%, enquanto que os idosos utilizaram o Serviço de Saúde Comunitária do GHC como o local mais frequente em 41% e consultaram em consultório particular em apenas 4% das vezes (**tabela 7**).

Comparando o SSC com o consultório particular observa-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p .02$) na utilização dos serviços entre os idosos e as crianças, ou seja, enquanto as crianças consultam mais frequentemente no consultório

particular, os idosos consultam mais no SSC.

Comparando-se o SSC com os outros locais de consulta em relação às duas faixas etárias, observa-se que 29% das crianças menores de 3 anos consulta no SSC, enquanto 41% dos idosos consulta neste serviço (qui-quadrado .28 p 0.6), não sendo estatisticamente significativo (tabela 8).

Na tabela 9 descreve-se a renda familiar em OTN, comparando os domicílios com crianças e idosos, não havendo diferença significativa.

No que se refere à hospitalização, ficou evidenciado que em apenas 4% das crianças com menos de 3 anos da comunidade Conceição necessitou de internação no ano anterior à pesquisa.

6.1.5 - AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NAS MULHERES ENTRE 15 A 49 ANOS

Foram entrevistadas 288 mulheres de 15 a 49 anos, que correspondem a 32% da população estudada. É interessante notar que 44% das mulheres deste grupo possui menos que 30 anos (tabela 10).

No momento da entrevista foi identificado gravidez em 2% das mulheres.

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados, constatou-se que a pílula foi o método mais frequente, tendo sido citado por 30% das mulheres. Um dado interessante foi a constatação de que 26% das mulheres com vida sexual ativa e que não queriam engravidar não faziam anticoncepção (tabela 11).

Considerando-se todas as mulheres da amostra, constatou-se que 9% fizeram ligadura tubária. A ligadura tubária é o método anticoncepcional mais utilizado entre as mulheres com mais de 35

anos (tabela 12). Algumas das características dessas mulheres são as seguintes: tiveram no mínimo dois filhos e têm pelo menos cinco anos de escolaridade.

As mulheres com menos de 20 anos e que afirmam ser virgens aparecem em 40% dos casos. Ainda, 40% não utilizam método anticoncepcional apesar de manterem relação sexual (tabela 13). Salienta-se que foi perguntado para a própria mulher sobre os hábitos anticoncepcionais, em separado, do restante da família.

Estudando a comparação entre o grupo que usa algum tipo de anticoncepção (pílula, ligadura tubária, vasectomia, DIU, camisa de vênus, coito interrompido, método da tabela, geléia ou diafragma) com o grupo das que não usam, identificou-se que 51% das mulheres que usam anticoncepção e 60% das que não usam têm até 11 anos de escolaridade, não havendo uma diferença estatisticamente significativa. Os dados comprovam que 52% das mulheres que utilizam anticoncepção possuem renda familiar entre 3.13 e 39.06 OTN, enquanto que 54% das que não utilizam anticoncepção têm renda entre 39.07 e 324.22 OTN, não existindo diferença estatisticamente significativa. Em relação a variável trabalha fora de casa, também não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (tabela 14).

6.1.6 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTO PELA POPULAÇÃO COM 65 ANOS OU MAIS

Na tabela 15 apresenta-se a distribuição por grupo etário das pessoas com 65 anos ou mais.

As características dos idosos em relação à atividade física mostram um grupo que na maioria tem habilidade de locomover-se, de realizar higiene, cozinhar e sair de casa sozinho (tabela 16).

Do total dos idosos, 69% utilizou medicação no mês anterior à entrevista. Esta proporção não variou em função da renda familiar. Os grupos de medicamentos utilizados regularmente nos 30 dias que antecederam às entrevistas estão descritos na **figura 4**, sendo 54% medicamentos do aparelho cardiovascular. Os medicamentos mais utilizados foram hidroclorotiazida, metildopa, digoxina, aminofilina, diazepam e polivitaminas e sais minerais.

Da totalidade dos idosos da comunidade Conceição, 49% referiram apresentar problema de pressão, e 7% problema de açúcar no sangue.

6.2 - RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA (não-respondentes)

As três fases que foram desenvolvidas na pesquisa dos não-respondentes estão descritas na **figura 5**.

Na pesquisa dos não-respondentes, consistiu de 102 domicílios entre os 118 não-entrevistados na primeira etapa, porque não havia registro de 16 endereços, tendo sido utilizado diferentes métodos para obter as entrevistas. As visitas domiciliares deram conta da maior parte das 76 entrevistas (**figura 6**).

O número de tentativas realizadas para conseguir a entrevista está descrito na **tabela 1**. A maioria das entrevistas dos não-respondentes foram realizadas à noite ou no final de semana.

6.2.1 - DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO

Na **tabela 2** é demonstrada uma comparação na distribuição da população por faixa etária e por sexo entre os respondentes e os não-respondentes, mostrando que as duas populações são praticamente sobreponíveis, no que se refere a distribuição por

faixa etária e por sexo.

A média de moradores por residência foi maior entre os respondentes do que entre os não-respondentes e está descrita na **figura 7**, com o teste t 3.43 $p < 0.001$, apresentando uma diferença significativa estatisticamente.

Em 71% dos respondentes e em 74% dos não-respondentes havia criança com menos de 3 anos no domicílio (qui-quadrado 0.98 $p > 0.75$), não sendo significativa esta diferença (**tabela 3**).

6.2.2 - CONDIÇÕES DE MORADIA

Quanto ao aspecto de condições de moradia, mostrou-se uma diferença altamente significativa ($p < 0.001$) entre o grupo dos não-respondentes com os respondentes (**figura 8**), já que 97% dos não respondentes moram em apartamento.

Os respondentes caracterizam-se por ser um grupo de pessoas que moram no bairro há mais de 6 anos, enquanto os não-respondentes têm uma tendência a residirem no bairro há menos de 5 anos. Os achados referentes ao tempo de moradia estão descritos na **figura 9** que mostra uma tendência de diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) em relação ao tempo de moradia entre os dois grupos.

Não existe diferença significativa entre os dois grupos no que se refere à propriedade do imóvel, mas de qualquer maneira há uma tendência dos não-respondentes constituírem um grupo que reside mais em domicílio como proprietário (**tabela 4**).

6.2.3 - SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

No estudo comparativo entre os respondentes e os não-respondentes não houve diferença estatística ($p .39$) no que se refere ao número de pessoas que trabalham (**tabela 5**).

Na comparação em relação à renda familiar dos dois grupos, evidenciou-se que 64% do grupo dos não-respondentes têm um rendimento entre 40.24-402.00 OTN, e 54% do grupo dos respondentes têm rendimento entre 3.13-40.23 OTN ($p < 0.01$), sendo uma diferença estatisticamente significativa. (figura 10) Esta diferença é confirmada pelas médias de renda familiar, a qual entre os não-respondentes é 94 OTN e entre os respondentes é de 50 OTN. Utilizando-se do teste t encontrou-se 2.34 ($p = 0.02$), o que mostra uma diferença estatisticamente significativa (figura 11).

6.2.4 - UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE

Os respondentes e os não-respondentes, na sua maioria, referiram conhecer o SSC, não existindo uma diferença estatisticamente significativa (tabela 6).

O SSC foi procurado como local de consulta por 31% dos domicílios respondentes e 33% dos não-respondentes, não existindo uma diferença estatística entre os dois grupos (tabela 7) .

6.2.5 - SITUAÇÃO DE SAUDE

Em todas as situações de morbimortalidades pesquisadas comparando os não-respondentes com os respondentes não existiu uma diferença estatisticamente significativa. Mesmo assim, as tabelas 8 a 13 mostram uma tendência de melhor padrão de saúde no grupo dos não-respondentes.

COMPARAÇÃO ENTRE O PROCESSO DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE COM O PROCESSO INDIVIDUAL

48



FIGURA 1

COORDENAÇÃO DE COLETA DE DADOS

49

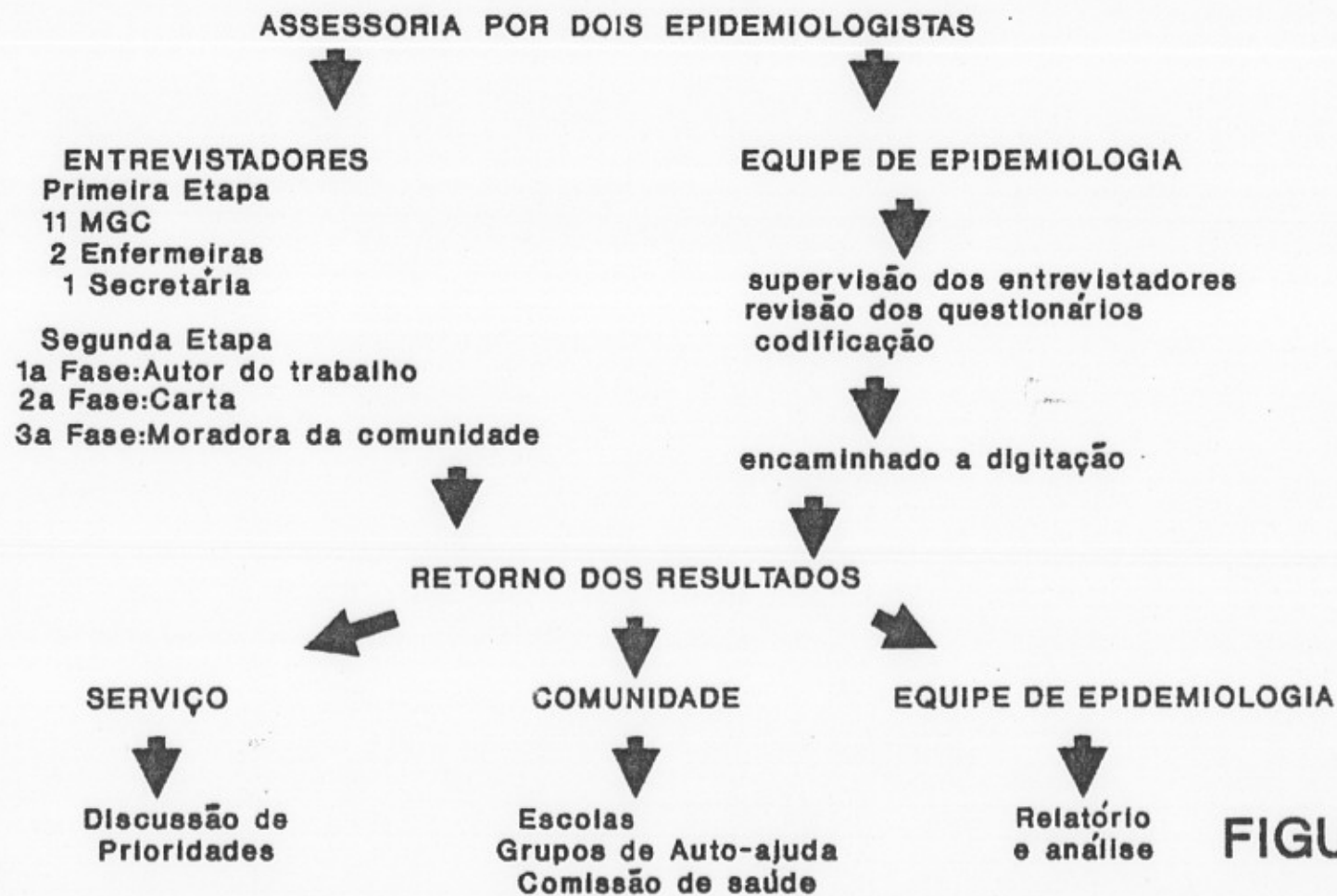


FIGURA 2

NÚMERO DE DOMICÍLIOS NA AMOSTRA

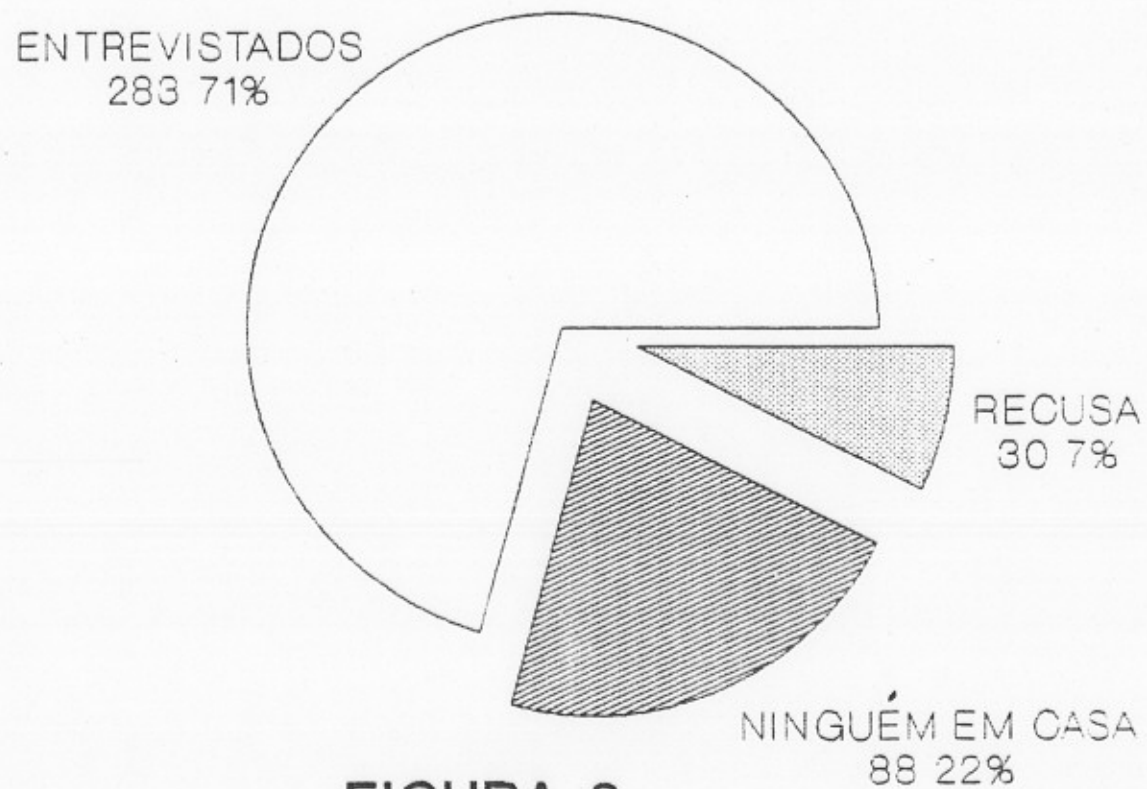


FIGURA 3

COMUNIDADE CONCEIÇÃO, 1987

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELAS PESSOAS MAIORES DE 65 ANOS

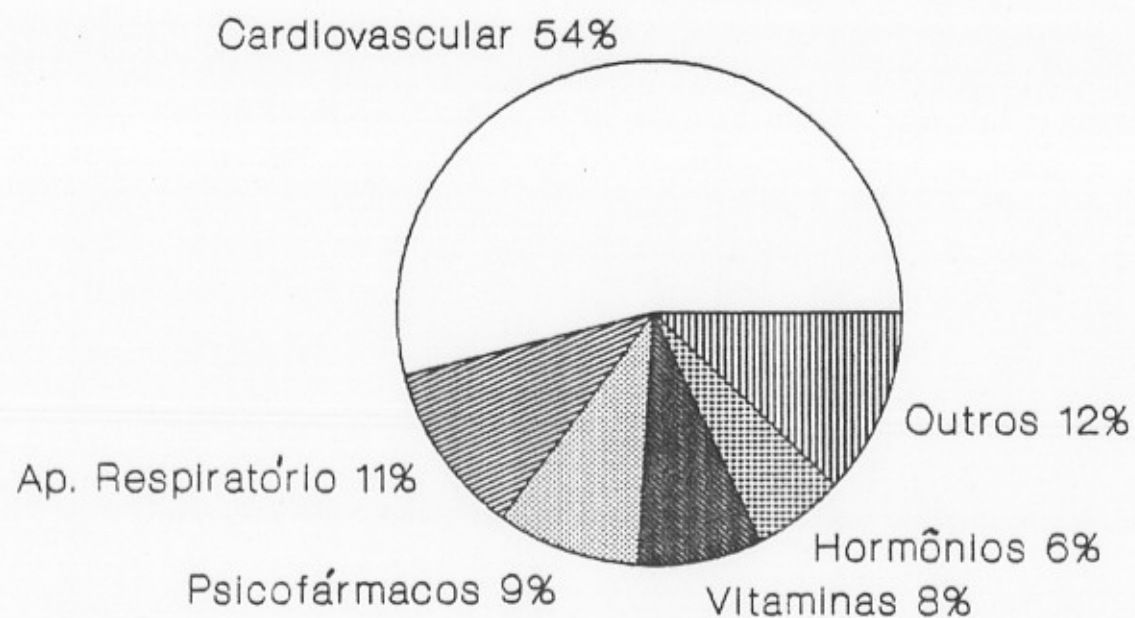


FIGURA 4

COMUNIDADE CONCEIÇÃO, 1987.



DELINEAMENTO DA PESQUISA DOS NAO-RESPONDENTES

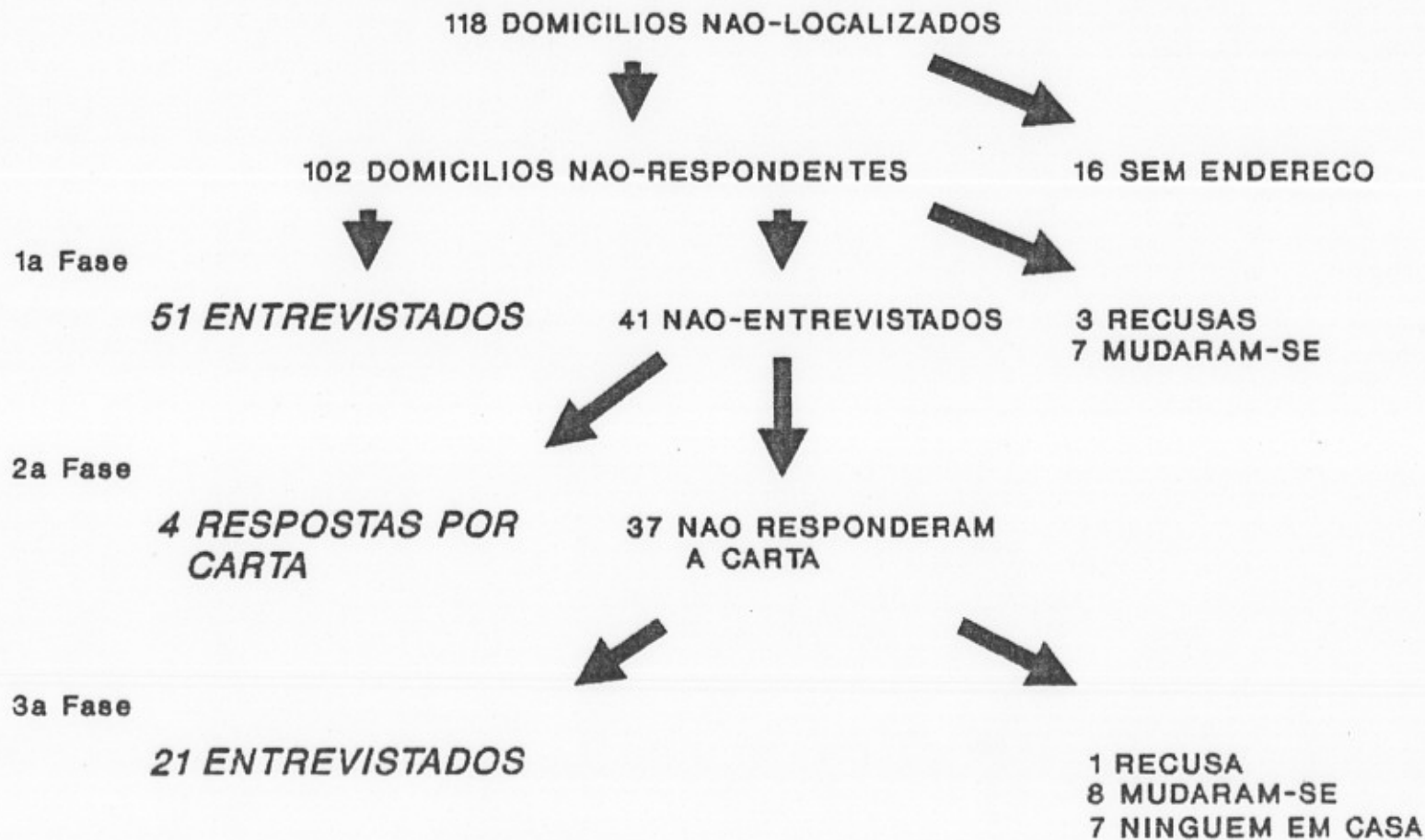
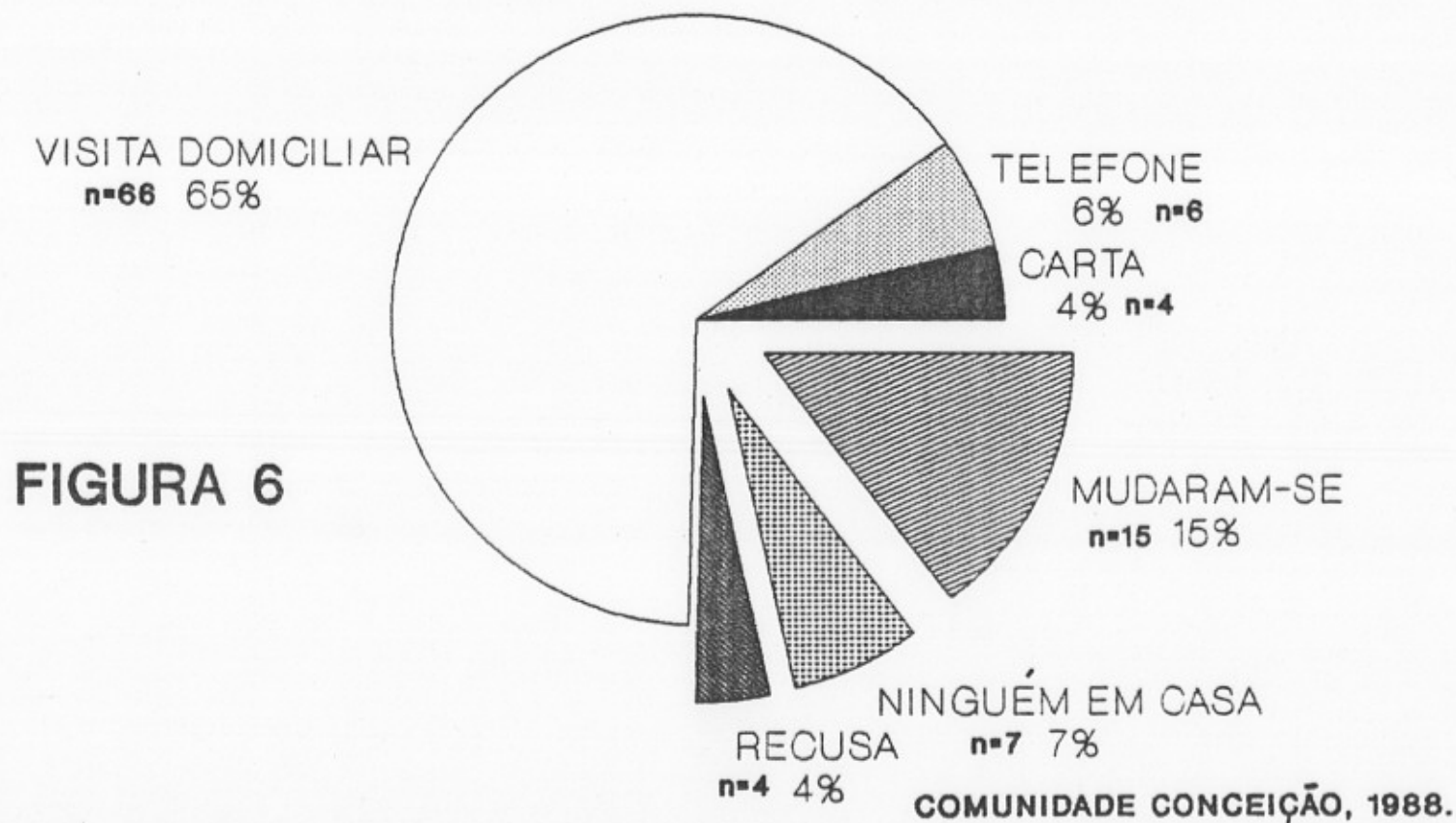


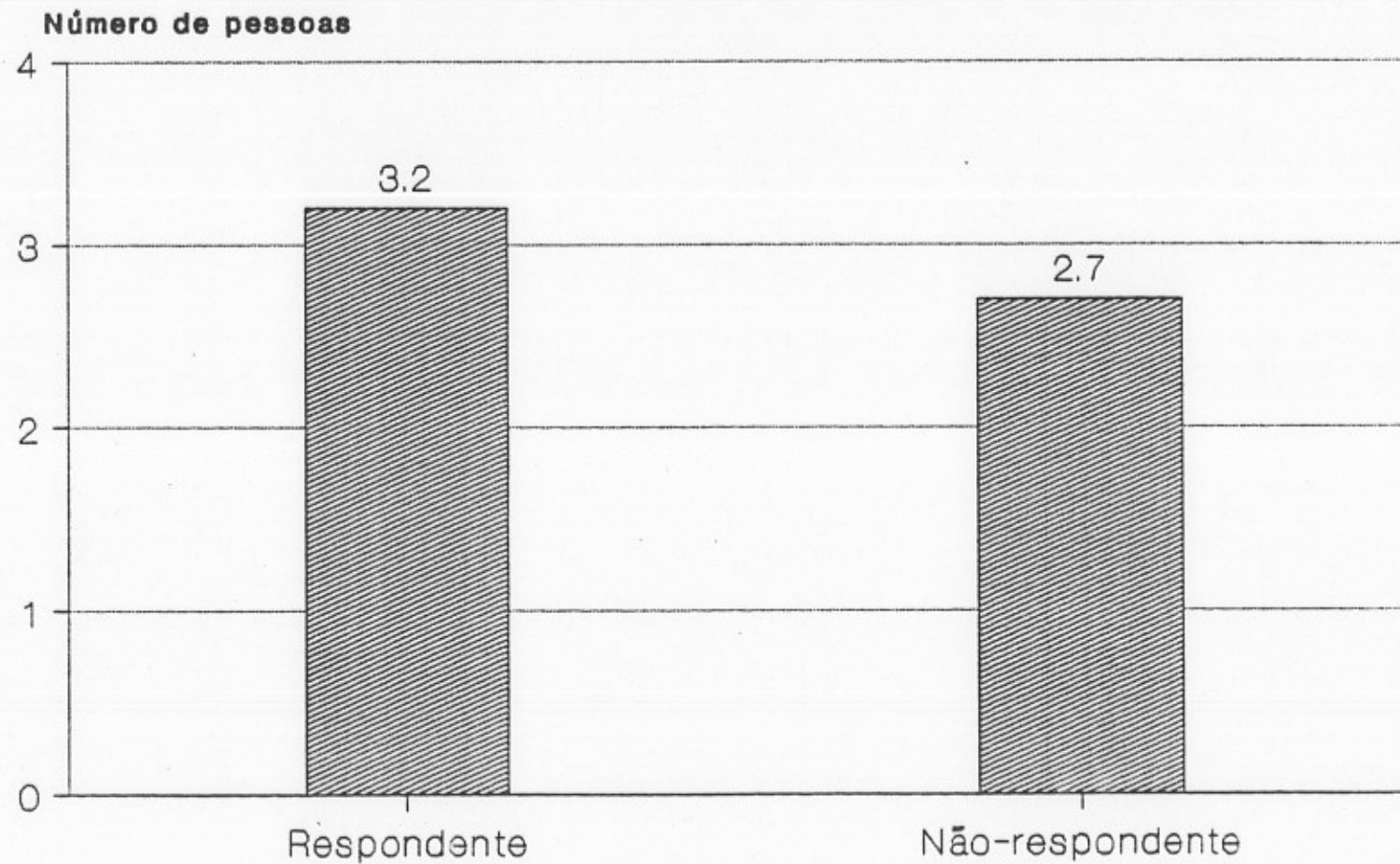
FIGURA 5

COMUNIDADE CONCEICAO, 1988.

NÚMERO E PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS NA AMOSTRA NÃO-RESPONDENTES



TAMANHO MÉDIO DA FAMÍLIA



54

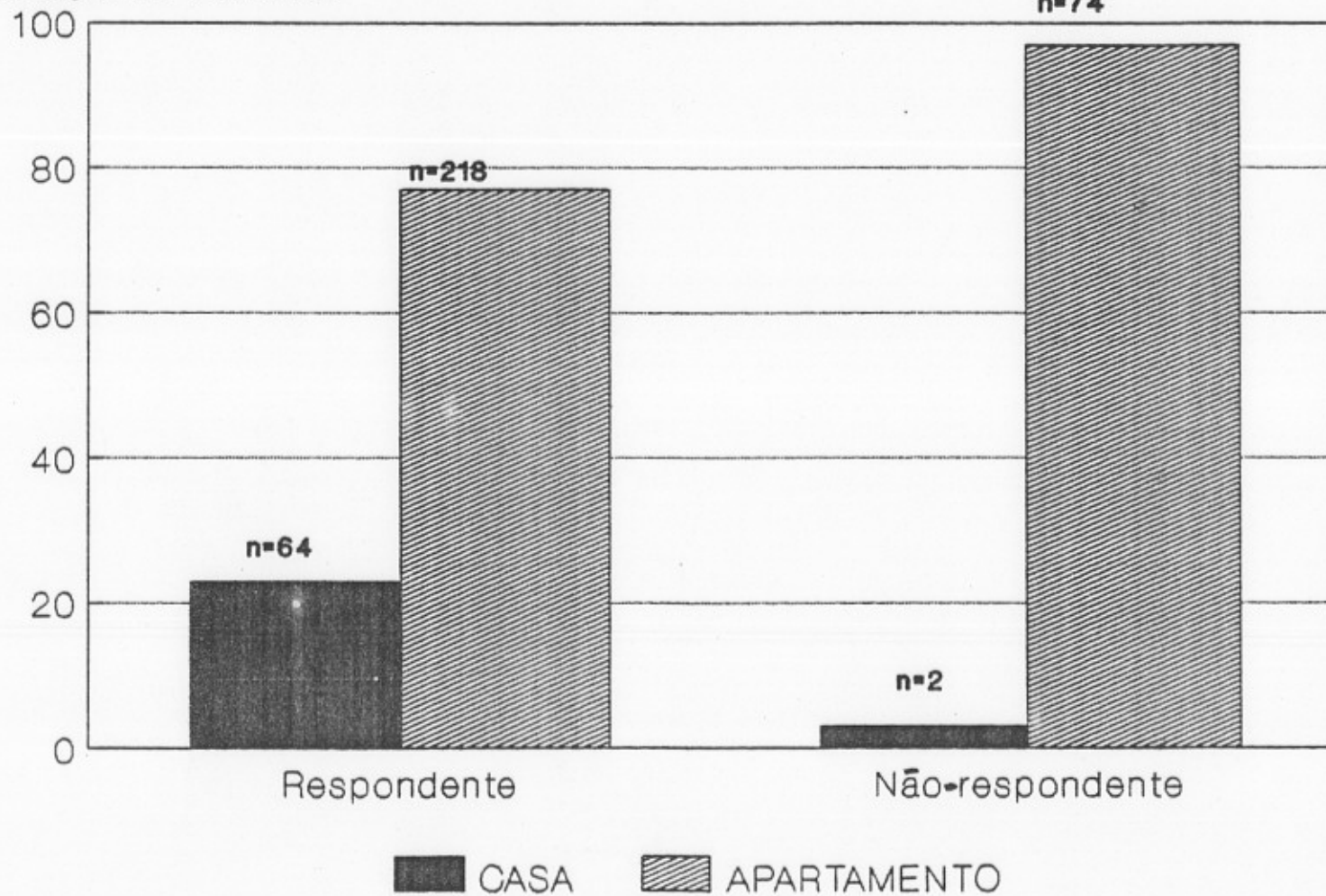
FIGURA 7

Teste t = 3,43 p < 0,001

COMUNIDADE CONCEIÇÃO, 1988.

TIPO DE CONSTRUÇÃO

Percentagem de domicílios



55

Qui-quadrado 14,7 p < 0.001

FIGURA 8

Comunidade Conceição 1988

TEMPO DE MORADIA NO BAIRRO

Percentagem de domicílios

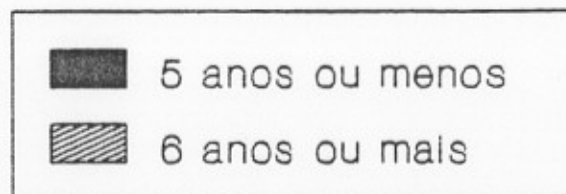
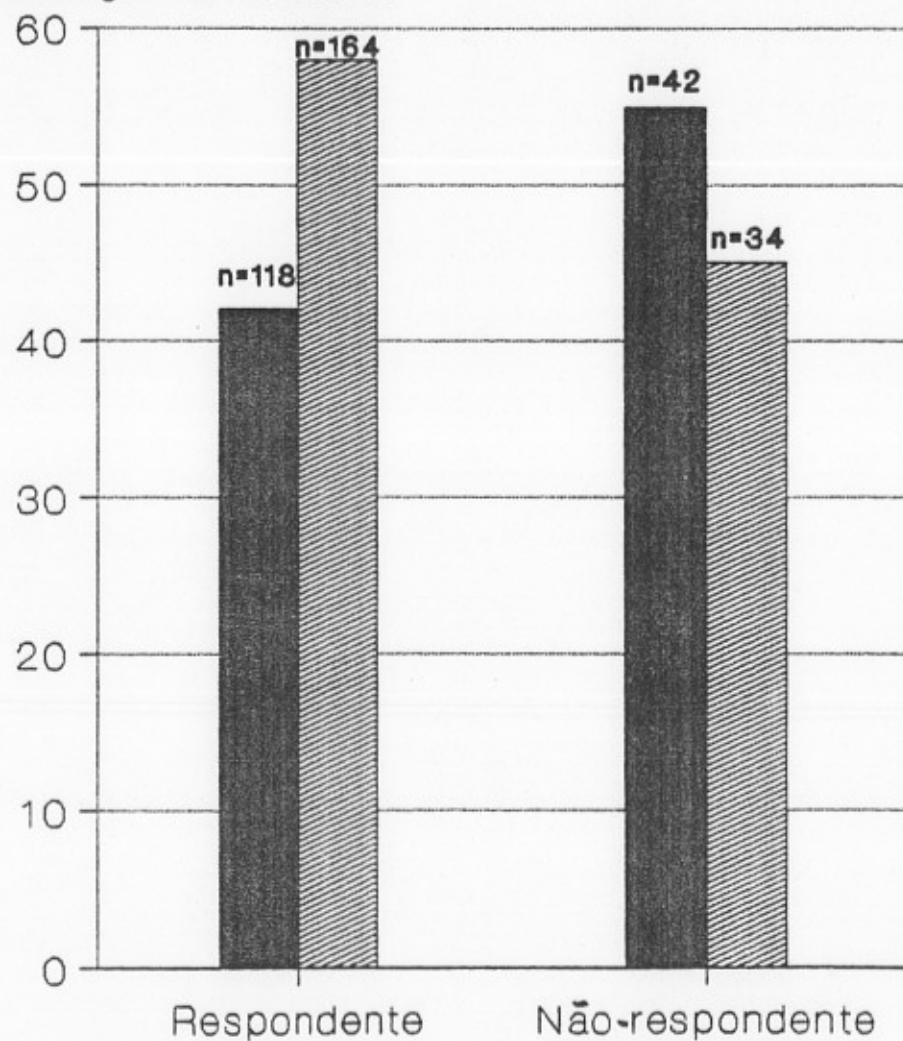


FIGURA 9

Qui-quadrado 3.84 $p < 0.05$

Comunidade Conceição 1988

RENDA FAMILIAR

Percentagem de domicílios

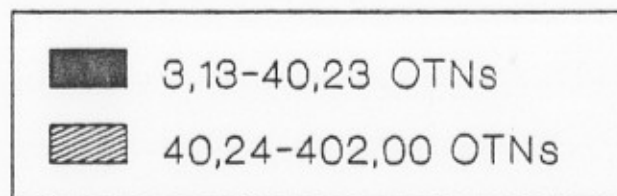
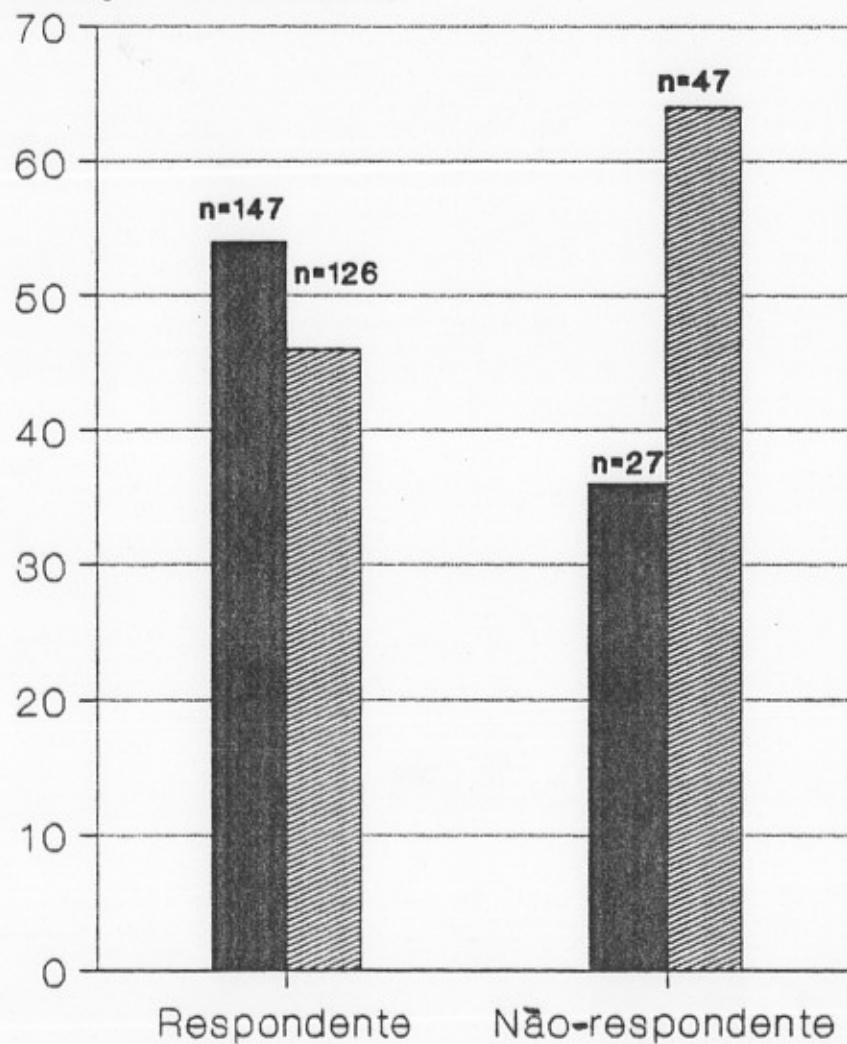


FIGURA 10

Qui-quadrado 6.34 $p < 0.01$

COMUNIDADE CONCEIÇÃO, 1988.

RENDA FAMILIAR MÉDIA EM OTN

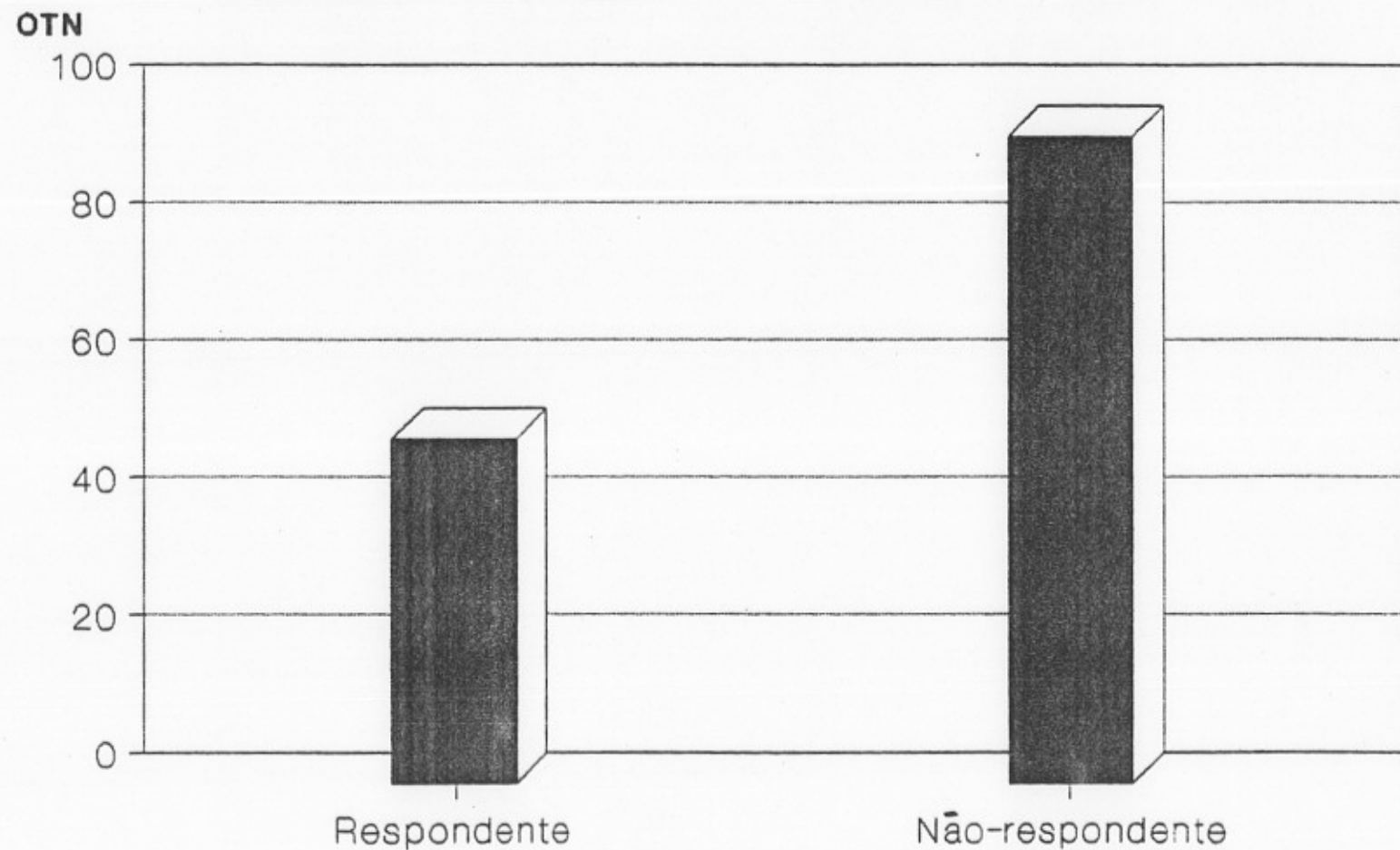


FIGURA 11

Teste t 2,34 $p = 0.02$

COMUNIDADE CONCEIÇÃO, 1988.

TABELAS DOS RESPONDENTES

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO.

FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)	HOMENS		MULHERES		TOTAL		%
	POPUL.	AMOSTRA	POPUL.	AMOSTRA	POPUL.	AMOSTRA	
MENOS DE 1	390	13	330	11	720	24	3
1 A 2	510	17	510	17	1020	34	4
3 A 4	450	15	510	17	960	32	3
5 A 14	2490	83	2040	68	4530	151	16
15 A 49	7050	235	8850	295	15900	530	58
50 A 64	1290	43	1500	50	2790	93	10
65 OU MAIS	630	21	960	32	1590	53	6
TOTAL	12810	427	14700	490	27510	917	100

* população /amostra=30

TABELA 2 - QUARTIS DE RENDA FAMILIAR EM OTN

SALARIO(OTN)	NUMERO	%
3.13-21.48	65	26
21.49-39.06	56	23
39.07-60.55	61	24
60.56-324.22	68	27
TOTAL	250	100

OBSERVACAO: 1 OTN=CZ\$207.97 1 SALÁRIO MINIMO= CZ\$1.368.00
 1 SM=5.3 OTN. (abril/87)

TABELA 3 - ESCOLARIDADE DAS MULHERES ENTRE 15 E 49 ANOS

ANOS DE ESCOLA	NUMERO	%
0	6	2
até anos	32	11
6 A 8 anos	55	19
9 A 12 anos	122	43
mais de 13 anos	73	25
TOTAL	288	100

TABELA 4 - LOCAIS DE CONSULTA MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADO NOS
ULTIMOS 3 MESES.

LOCAL	NUMERO	%
Serviço de Saúde Comunitária Conceição	78	31
Hospital N. S. da Conceição	51	21
Médico Particular	47	19
Policlínica	19	8
Instituto de Previdência do Estado	8	3
Hospital Lazarotto	6	3
Médico de Empresa	6	3
INAMPS	5	2
Outros	23	10
Total	243	100

TABELA 5-PREVALENCIA ESTIMADA DE PROBLEMAS DE SAUDE NOS ULTIMOS
12 MESES REFERIDOS POR 676 INDIVIDUOS MAIORES DE 15 ANOS

PROBLEMAS	%	(IC 95%)*	NUMERO
Hospitalizações			
Problemas dos Nervos	2	(1.9-2.1)	13
Outros motivos	7	(6.5-7.5)	48
Açúcar no sangue em tratamento	1.5	(1.4-1.6)	10
Açúcar no sangue não tratada	.1	(0-0.12)	1
Problemas com álcool	2	(1.9-2.1)	12
Pressão Alta em tratamento	8	(7.4-8.5)	52
Pressão Alta não tratada	4	(3.8-4.3)	29

* IC 95% - Intervalo de confiança a 95%

TABELA 6 - NUMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NO ULTIMO MES PELAS
CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS E PELOS IDOSOS ACIMA DE 65
ANOS, COMPARANDO OS DOIS GRUPOS.

N(consultas)	crianças		idosos		comparação	
	NUMERO	%	NUMERO	%	criança	idoso
Nenhuma consulta	27	51	28	58	49	51
uma consulta ou mais	26	49	20	42	56	44
Total	53	100	48	100		

QUI-QUADRADO .03434 p .85

TABELA 7- LOCAIS MAIS FREQUENTES DE CONSULTA DAS CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS E DOS IDOSOS COM MAIS DE 65 ANOS.

LOCAL	CRIANÇAS		IDOSOS	
	N	%	N	%
Médico Particular	12	63	1	10
Serviço de Saúde Comunitária	7	37	9	90
TOTAL	19	100	30	100

QUI-QUADRADO = 5.5 p = 0.02

TABELA 8 - COMPARAÇÃO ENTRE O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA E OS OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE DOMICÍLIOS COM CRIANÇAS E IDOSOS.

	OUTROS SERVIÇOS		SSC	
	NUMERO	%	NUMERO	%
crianças < 3 anos	17	71	7	29
idosos > 65 anos	13	59	9	41

QUI-QUADRADO .28 p .6

TABELA 9 - COMPARAÇÃO ENTRE DOMICÍLIO COM CRIANÇAS E IDOSOS EM RELAÇÃO A RENDA FAMILIAR EM OTN.

RENDA (OTN)	CRIANÇAS		IDOSOS	
	N	%	N	%
3,13-39,06	21	45	19	41
39,07-324,22	26	55	27	59
Total	47	100	46	100

QUI-QUADRADO .01 p .9

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR FAIXA ETARIA.

IDADE	NÚMERO DE MULHERES	%
<20 anos	21	7
20-24 anos	44	15
25-29 anos	62	22
30-34 anos	53	18
35-39 anos	47	16
>40 anos	63	22
Total	290	100

TABELA 11- UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.

MÉTODO	NÚMERO DE MULHERES	%
Pílula	82	30
Ligadura Tubária	26	9
Tabela	19	7
DIU	12	4
Coito Interrompido	8	3
Camisa de Vênus	4	1
Geléia	3	1
Diafragma	2	1
Outro Método	10	3
Nenhum		
- Porque está grávida	6	2
- Porque quer engravidar	13	5
- Porque é virgem	25	8
- Outro motivo *	76	26
Total	286	100

* Mulheres com vida sexual ativa e que não queriam engravidar.

TABELA 12- UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NAS MULHERES DE 35 ANOS OU MAIS.

MÉTODO	NÚMERO	%
Ligadura Tubária	20	19
Pílula	16	15
Tabela ou Ritmo	9	8
Outro método	6	5
DIU	4	4
Coito interrompido	4	4
Geléia	2	2
Camisa de Vênus	2	2
Nenhum		
- Porque quer engravidar	4	4
- Porque está grávida	1	1
- Porque é virgem	2	2
- Outro motivo *	38	35
Total	108	100

* Mulheres com vida sexual ativa e que não queriam engravidar

TABELA 13 - UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NAS MULHERES COM MENOS DE 20 ANOS.

MÉTODO	NÚMERO	%
Pílula	5	17
Outro Método	1	3
Nenhum		
Virgem	12	40
Outro motivo *	12	40
Total	30	100

* Mulheres com vida sexual ativa e que não queriam engravidar

TABELA 14- COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DAS QUE USAM ALGUM TIPO DE CONTRACEPÇÃO COM AS QUE NÃO USAM EM RELAÇÃO A ESCOLARIDADE, RENDA FAMILIAR E TRABALHO FORA DE CASA.

	USAM ANTICONC.		NÃO USAM ANTICONC.	
	N	%	N	%

Escolaridade (anos)				
0 -11	79	51	46	60
12-21	77	49	30	40
Total	156	100	76	100

QUI-QUADRADO 1.63 p.2				

Renda Familiar (OTN)				
3.13-39.06	72	52	30	46
39.07-324.2	66	48	35	54
Total	138	100	65	100

QUI-QUADRADO .42 p.51				

Trabalha fora de casa				
sim	92	60	48	63
não	62	40	28	37
Total	154	100	76	100

QUI-QUADRADO .13 p .72				

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO ETÁRIO DAS PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS.

GRUPO ETÁRIO	NÚMERO	%
65-70 anos	25	50
>70 anos	25	50
total	50	100

TABELA 16 - CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS EM RELAÇÃO A ATIVIDADE FÍSICA.

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
locomove	45	94	3	6
higiene	41	85	7	15
cozinha	40	83	8	17
sair de casa	36	75	12	25

TABELAS DOS NÃO-RESPONDENTES

TABELA 1 - NÚMERO DE TENTATIVAS PARA REALIZAR A ENTREVISTA NOS DOMICÍLIOS NÃO-RESPONDENTES.

NÚMERO DE TENTATIVAS	NÚMERO	%
1	21	28
2	25	33
3	16	21
4 ou +	14	18

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO, POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.

FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)	HOMENS	MULHERES	TOTAL NÃO-RESP	%	TOTAL RESP	%
menos de 1	2	5	7	4	24	3
1 a 2	4	2	6	3	34	4
3 a 4	4	5	9	5	32	3
5 a 14	11	15	26	13	151	16
15 a 49	62	62	124	61	530	58
50 a 64	7	10	17	8	93	10
65 ou mais	6	7	13	6	53	6
Total	96	106	202	100	917	100

TABELA 3 - CRIANÇAS COM MENOS DE 3 ANOS EM CASA, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NÃO-RESPONDENTES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Não	201	71	56	74
Sim	82	29	20	26

QUI-QUADRADO .098 p .75

TABELA 4 - PROPRIETARIO DO IMOVEL, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NAO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NAO-RESPONDENTES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Proprietário	192	70	57	75
Alugado	84	30	19	25

QUI-QUADRADO .61 p .44

TABELA 5 - PESSOAS QUE TRABALHAM COM MAIS DE 15 ANOS, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES E OS NAO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NAO-RESPONDENTES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
apenas um trabalha *	123	44	38	50
dois ou mais trabalham	159	56	38	50

QUI-QUADRADO .74 p .39

* Foi incluída uma família com nenhuma pessoa que trabalha.

TABELA 6- CONHECIMENTO DO SERVIÇO DE SAUDE COMUNITARIA DO GHC, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NAO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NAO-RESPONDENTES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Conhece SSC	187	67	50	66
Não conhece SSC	93	33	20	34

QUI-QUADRADO .0007 p .98

TABELA 7- CONSULTA NO SERVIÇO DE SAUDE COMUNITARIA DO CONCEIÇÃO?, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NAO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NAO-RESPONDENTES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Sim	78	31	17	33
Não	175	69	34	67

QUI-QUADRADO 0.096 p .8

TABELA 8 - PRESSÃO ALTA REFERIDA (TRATADA E NÃO TRATADA), COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NÃO-RESPONDENTES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
- Nenhuma pessoa referiu Pressão elevada	203	72	58	76
- Uma ou mais pessoas referiram Pressão elevada	79	28	18	24

QUI-QUADRADO .37 p .54

TABELA 9 - AÇÚCAR NO SANGUE REFERIDO (TRATADO E NÃO TRATADO) COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES E OS NÃO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NÃO-RESPONDENTES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
- Nenhuma pessoa referiu açúcar no sangue	271	96	71	93
- Uma ou mais pessoas referiram açúcar no sangue	11	4	5	7

QUI-QUADRADO .48 p .49

TABELA 10 - PROBLEMA DE ALCÓOL REFERIDO, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NÃO-RESPONDENTES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Não refere alcoolismo na família	270	96	75	99
Refere alcoolismo na família	12	4	1	1

QUI-QUADRADO .76 p .38

TABELA 11 - BAIXA POR PROBLEMA DE NERVOS REFERIDA, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NÃO-RESPONDENTES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Não refere baixa por nervos	269	95	75	99
Refere baixa por nervos	13	5	1	1

QUI-QUADRADO 2.38 p .12

TABELA 12 - HOSPITALIZAÇÃO POR QUALQUER PROBLEMA DE SAÚDE, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NÃO-RESPONDENTES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Não-Hospitalizados	234	83	65	87
Hospitalizados	48	17	10	13

QUI-QUADRADO .50 p .48

TABELA 13 - MORTE DE ALGUÉM DA FAMÍLIA NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS, COMPARAÇÃO ENTRE OS RESPONDENTES COM OS NÃO-RESPONDENTES.

	RESPONDENTES		NÃO-RESPONDENTES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Não Morreu	266	95	73	96
Morreu	14	5	3	4

QUI-QUADRADO .006 p .94

VII - DISCUSSÃO

A partir do estudo de uma amostra representativa das pessoas que vivem na área geográfica atendida pela Unidade Conceição, pôde-se obter o seguinte diagnóstico das condições de saúde desta população, estimada num total de 27510.

7.1. DADOS GERAIS

A situação sócio-econômica da amostra pode ser avaliada, grosseiramente, a partir dos dados de que renda familiar maior do que 4 salários mínimos ocorria em 75% dos domicílios e de que o índice de analfabetismo ocorria em 2% das mulheres. A título de comparação, no censo demográfico de 1980 em Porto Alegre o índice de analfabetas entre as mulheres foi de 5%, e 52% recebem até 5 salários mínimos, enquanto na comunidade Conceição apenas 36% recebe menos que 5 salários mínimos. (35,37) Essa comparação deve ser analisada com cautela, considerando-se que os dados não foram colhidos no mesmo período, mas de qualquer maneira indicam que a comunidade Conceição tem uma melhor renda e as mulheres tem melhor índice de alfabetização, se comparados com a população de Porto Alegre.

A distribuição etária da amostra sugere que a população da comunidade Conceição é predominantemente jovem, com um percentual de idosos (maiores que 65 anos) em torno de 6% da população que é o mesmo percentual encontrado no Brasil.(50,61)

Quanto ao grau de hospitalização das pessoas desta área, constatou-se que no período de um ano que antecedeu a entrevista,

9% foram hospitalizadas, um índice inferior ao verificado nos Estados Unidos da América e Reino Unido, que é de 12% ao ano, e inferior ao sugerido pela Organização Pan Americana de Saúde, que é de 5% ao ano.(26) Em relação às hospitalizações psiquiátricas, o estudo mostrou que pessoas maiores de 15 anos tinham hospitalizações psiquiátricas em torno de 2% ao ano. Esse dado é semelhante ao dos Estados Unidos, que fica em torno de 2.3% ao ano.(26) Nesse país, estima-se que mais de 12% da população adulta pode apresentar uma doença mental séria, sendo que somente um quinto desses doentes recebem tratamento em instituição psiquiátrica e os outros quatro quintos dependem de serviços comunitários. Além disso, 80% dos problemas psiquiátricos nos EUA são manejados em serviços de atenção primária. Frente a dados semelhantes entre a comunidade Conceição e a americana, coloca-se para reflexão o papel que o médico geral comunitário deveria ter no atendimento ou prevenção dos problemas psiquiátricos que levam a esse grau de hospitalização.(25) É importante ressaltar que as comparações realizadas apresentam limitações decorrentes da não padronização das populações comparadas.

7.2 - UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Constatou-se que a população estudada utiliza 24 locais de consulta e apenas 54% procuram serviços localizados em sua área geográfica. Isto espelha a falta de organização entre os serviços, gerando um gasto desnecessário pela multiplicidade e duplicação de recursos.

O Serviço de Saúde Comunitária Conceição apesar de ter apresentado uma proporção de procura baixa (31%) foi o serviço mais utilizado pela população. Considerando-se a situação atual

do sistema de saúde, em que as pessoas podem consultar onde desejarem, esse dado não é um mau indicador das preferências locais para consulta. No entanto, um serviço que pretende dar cobertura aos problemas básicos de saúde da comunidade deve ter como meta expandir sua área de abrangência.

7.3 - PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE

A prevalência de "problemas com álcool", nas pessoas acima de 15 anos, foi de 2%, o qual merece considerações. É provável que esse número esteja subestimado, já que se baseou nos relatos dos moradores sobre casos por eles reconhecidos como problema com álcool. Com a utilização de instrumentos mais sensíveis propostos pela literatura, a avaliação da prevalência do problema do consumo elevado de álcool poderia ser bem maior. Outro fator provável na subestimativa é a negação, característica do bebedor e talvez de seus familiares. Por exemplo, Cataldo Neto realizou um levantamento em um bairro de Porto Alegre (Jardim Botânico), aplicando dois testes para a suspeição diagnóstica de alcoolismo (MAST e EDASA-1) que evidenciaram 7% com abuso do álcool e 5% com dependência.(16)

Gigante, descrevendo os achados do Estudo de Fatores de Risco de Doenças Crônicas, mostrou que 40% dos entrevistados bebiam pelo menos uma vez por semana. Do total, 18% apresentaram teste CAGE positivo, sugerindo alcoolismo.(23)

Um ensaio clínico duplo cego randomizado e controlado foi realizado em serviços de Prática Geral na Inglaterra com o objetivo de determinar a efetividade no aconselhamento por médicos

gerais para diminuir o consumo excessivo de álcool. A intervenção resultou em uma redução importante tanto na quantidade do consumo de álcool como na proporção de pacientes bebendo excessivamente. (64) Esse estudo realizado na Inglaterra mostra a importância que os profissionais da saúde em nível de cuidados primários desempenham no atendimento de alcoolismo, podendo servir de modelo para o desenvolvimento de trabalhos semelhantes no Brasil.

A prevalência de pressão alta relatada em pessoas com mais de 15 anos foi de 12%. Destas pessoas, 3/4 referiram fazer o tratamento regularmente com anti-hipertensivos. Comparando com a prevalência de 12% na população de Porto Alegre em 1978 (1, 2) e de 11% de hipertensos referido em publicação da OMS (27), os valores encontrados são compatíveis com os da comunidade Conceição. Essa idéia pode ser reforçada pelos dados da pesquisa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizada em áreas docente-assistenciais. (19) A comunidade Conceição foi uma das áreas de estudo em que 18% das pessoas referiu ter pressão elevada, e apenas 11%, hipertensão confirmada pela medida da pressão arterial (acima de 160/95) ou estava usando medicação anti-hipertensiva.

O Serviço de Saúde Comunitária Conceição decidiu eleger hipertensão como prioridade (31), considerando os seguintes aspectos:

- a intervenção é efetiva, sabendo-se que a diminuição na mortalidade por doença hipertensiva está relacionada com o uso de medicamentos anti-hipertensivos;(1)

- a prevalência é elevada;

- os recursos materiais (estetoscópio, esfigmomanômetro e

medicamentos) são disponíveis;

- a frequência de consultas sugerida para acompanhamento no serviço é factível: normotensos- 3/3 anos; hipertensos controlados e assintomáticos - 4/4 meses; hipertensos não controlados - de acordo com o critério do médico;(31)

- a gravidade do problema é grande (hipertensão era apontada em 17% dos óbitos como causa básica da morte no atestado de óbito); (40)

- a preocupação das pessoas em relação ao problema é grande, o que se evidencia pela procura rotineira da sala de enfermagem com o objetivo de medir a pressão arterial.

A prevalência de "problema de açúcar no sangue" de 1.6% encontrada em nosso estudo está de acordo com o esperado. No ano de 1978, em Porto Alegre, a prevalência de diabetes referida foi de 1.7% (2) e no estudo da OPAS realizado na comunidade Conceição em 1986 foi de 4%. É importante refletir sobre os fatores que determinam a estimativa de diabetes referida: em geral, a prevalência medida de diabetes é mais elevada do que a referida, porque muitos casos ficam assintomáticos, sendo detectados apenas em estudos que medem a glicemia. Assim, a prevalência de diabetes diagnosticada depende do grau de detecção de casos graves, o que independe do grau de detecção de casos menos graves. Além disso, deve ser considerado um vício de relato, isto é, como no caso da hipertensão, pessoas sem diabetes podem tê-lo referido.

7.4 - COMPARAÇÃO DO LOCAL DE CONSULTA ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS E OS IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS

Na comparação entre as crianças com menos de 3 anos e com os

idosos acima de 65 anos, observou-se que enquanto as crianças são atendidas pelos médicos particulares na sua maioria, os idosos são atendidos por médicos de serviços públicos, constatando-se uma diferença estatisticamente significativa, onde a variável renda familiar dos domicílios não influenciou.

As razões para estes achados não foram pesquisadas, mas conhecendo esta população pode-se supor que as crianças são consideradas pela família como aquelas que têm o direito de serem atendidas por médicos particulares pressupondo uma melhor qualidade no atendimento.

Além disto, os serviços públicos assim como a demanda no ambulatório do SSC caracterizam-se pelo atendimento de problemas agudos das crianças, enquanto a puericultura é realizada pelo médico particular.

7.5 - USO DE CONTRACEPTIVOS

A população de mulheres de 15 a 49 anos na comunidade Conceição representa 32% da população desta área e no diagnóstico de demanda realizado no SSC este grupo etário foi o que mais consultou, representando 34% da carga de trabalho dos médicos. (4)

Comparou-se os dados de freqüência do uso de métodos contraceptivos com os dados de um estudo de demanda ambulatorial realizado em Campinas. (21) O estudo de Campinas mostrou que a pílula combinada é o método mais amplamente utilizado (58% dos casos), seguido da esterilização cirúrgica e do método do ritmo, enquanto na comunidade Conceição, a pesquisa a nível populacional mostrou que a pílula foi a mais utilizada, seguida de ligadura tubária, tabela e DIU.

A utilização de pílula na comunidade Conceição foi medida pela pesquisa de Fatores de Risco de Doenças Crônicas da OPAS (19) que apresentou um índice de 32%, das quais 93% referiram usar regularmente anticoncepcional oral. No presente trabalho, 30% das mulheres referiu utilizar esse método, evidenciando confirmação do dado.

Um dado que chamou a atenção foi o elevado índice de mulheres com vida sexual ativa, que não queriam engravidar e que não usavam contraceptivos (26%). Como a subutilização de métodos contraceptivos em mulher com vida sexual ativa pode levar a relações sexuais insatisfatórias pelo medo da gestação, conflitos conjugais e familiares, gravidezes indesejáveis, filhos indesejados, abortos provocados e complicações, há necessidade de realizar educação para saúde sobre métodos contraceptivos tanto a nível individual como coletivo.

As mulheres em idade fértil com vida sexual ativa que não querem engravidar desta comunidade deveriam aumentar a utilização de métodos contraceptivos. Para isso, os técnicos da equipe de saúde precisam capacitar-se para conhecer a realidade da população alvo, individualizando, através de um diagnóstico psico-sócio-cultural, fatores que influenciam na escolha do método, sua má utilização ou ainda a não utilização de contraceptivo.

Com base na literatura e no diagnóstico de comunidade, decidiu-se considerar como prioridade os seguintes aspectos da saúde da mulher: detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama e a contracepção.(30)

7.6 - USO DE MEDICAÇÃO PELOS IDOSOS

Considerando que a população dos idosos apresentou-se com 50% das pessoas referindo pressão elevada, confirmou-se o dado de que a medicação cardiovascular foi a mais freqüentemente utilizada. É estimado que no ano 2000 terão mais do que 30 milhões de americanos com mais de 65 anos, dos quais 64% vão ter hipertensão (54). No estudo sobre hipertensão, realizado no estado do Rio Grande do Sul em 1978, foi feita uma estimativa quanto ao uso de medicamento: 63% da população de 20 a 74 anos não estavam tomando qualquer tipo de medicamento, e 8,1% utilizava medicamento cardiovascular sendo que 5,7% utilizava medicamento com efeito anti-hipertensivo.(1) Como a pesquisa de prevalência de hipertensão realizada em 1978 (21) descreve a medicação utilizada por um grupo etário diferente do grupo da pesquisa realizada na comunidade Conceição, a comparação torna-se difícil, mas, de qualquer modo evidencia-se que os medicamentos cardiovasculares são os mais utilizados, especialmente entre os idosos. Em um estudo com base populacional realizado em Araraquara, SP (53) foi identificado que, na faixa etária de pessoas maiores de 50 anos, o consumo de medicamentos cardiovasculares foi o mais freqüente com 39% dos medicamentos utilizados. Com esses dados conclui-se que a farmácia do CEME (Central de Medicamentos) deve suprir em maior quantidade medicamentos cardiovasculares. Pacientes com hipertensão diastólica e hipertensão sistólica isolada correm um risco de mortalidade cardiovascular duas a três vezes maior. (54)

7.7 - PESQUISA DOS NÃO-RESPONDENTES

A descrição da população dos não-respondentes mostra uma

distribuição por faixa etária e sexo muito semelhante aos indivíduos entrevistados na primeira etapa.

No entanto, os não-respondentes tinham um tamanho médio da família menor, moravam predominantemente em apartamento, residiam há 5 anos ou menos no local e tinham uma renda familiar melhor quando comparados com aqueles que responderam na primeira etapa. Esses dados confirmam as hipóteses previamente levantadas.

As outras variáveis estudadas na comparação entre os respondentes e os não-respondentes - crianças em casa, propriedade do imóvel, membros da família que trabalham, consultam ou conhecem o Serviço de Saúde Comunitária, relato de pressão alta, açúcar no sangue e álcool, mesmo não sendo estatisticamente diferentes - mostram uma tendência para confirmação das hipóteses levantadas. É possível que o tamanho pequeno da sub-amostra tenha colaborado para a não rejeição dessas hipóteses de associação.

Há considerável especulação sobre os problemas produzidos nos estudos epidemiológicos quando a população de respondentes não representa a população alvo. Esses estudos têm observado consistentemente que os respondentes tinham ou desenvolviam menos doenças do que os não-respondentes. Isso indica que a estimativa de doença baseada nos respondentes pode ser mais baixa. No que se refere a relato de problemas de saúde, os respondentes caracterizam-se como um grupo de indivíduos que referem maior preocupação, mesmo não apresentando a doença. (3,17,18)

As pequenas diferenças observadas em relação às variáveis de problemas de saúde ocorreram na direção inversa do que é frequentemente relatado. (18) É possível justificar essa inversão pelas evidências de algumas características dos não-respondentes: apre-

sentam uma população com melhor situação financeira e representam aqueles que não tem nenhuma ligação com o serviço, e que não estavam interessados em responder.

As diferenças verificadas entre os respondentes e os não-respondentes evidenciam que estes representam um subgrupo diferente dos respondentes, o que enfatiza a necessidade de realizar-se o máximo de tentativas para evitar distorções dos resultados.(62)

7.8 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou várias limitações que serão descritas nesta seção. Dado o caráter operacional dessa pesquisa, não foi efetuado um controle de qualidade na coleta dos dados. Na segunda etapa houve uma participação do autor do trabalho em 80% das visitas.

Outra limitação do método que merece comentários é a medida de morbidade utilizada, já que se considerou apenas o relato das pessoas em relação aos problemas de saúde e não o diagnóstico confirmado pelo entrevistador. Se, por um lado, existe uma limitação diagnóstica para estimativa de prevalência, as medidas utilizadas possibilitam uma avaliação da percepção dos moradores de seus problemas de saúde, que são os determinantes para a utilização dos serviços.

Outra limitação de um estudo epidemiológico é a não-utilização de métodos qualitativos (antropológicos, sociológicos e psicológicos) que forneceria dados que poderiam ser aplicados no diagnóstico de saúde.(20)

VIII - CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA OUTRAS PESQUISAS

A partir do diagnóstico de comunidade chegou-se as seguintes conclusões:

1- A análise do padrão dos serviços de saúde da comunidade Conceição evidenciou multiplicidade e duplicação de recursos, o que reflete a desorganização entre os serviços de saúde.

A alta procura de serviços particulares para o atendimento das crianças e baixa para os idosos merece reflexão e estudos posteriores.

2- A alta proporção de mulheres com vida sexual ativa, que não querem engravidar e não utilizam contracepção requer uma reflexão por parte do SSC.

3- Os dados referentes a estimativa da prevalência de problemas de saúde, do número de habitantes e da distribuição etária da comunidade Conceição foram utilizados para realizar os programas de prioridade: programa de hipertensão e programa da mulher, os quais estão descritos na discussão.

4- As pessoas não encontradas em uma primeira passagem ao domicílio diferem das demais em relação a: tamanho médio da família, tempo de moradia no bairro, tipo de construção e renda familiar. Estas diferenças precisam ser consideradas no diagnóstico de toda comunidade.

Propõe-se a criação de um distrito integrado e unificado com infra-estrutura e planejamento para o atendimento de uma população geograficamente definida. A integração de todos os serviços de saúde ao nível de distrito é um pré-requisito para um cuidado primário de saúde bem sucedido.

Quando os programas de Cuidados Primários em Saúde estiverem firmemente estabelecidos, um diagnóstico de comunidade poderá ser a retroalimentação dos resultados que possibilitem as comunidades planejarem para si, utilizando-se de um instrumento apoiado pelos serviços básicos de saúde providos pelo governo. (5)

Historicamente os médicos têm concentrado o seu esforço principalmente no cuidado com o paciente individualmente. As comunidades, porém, têm percebido a necessidade de programas de saúde com base populacional e que sejam custo-efetivas, nos quais os médicos devem envolver-se. De acordo com o diretor geral da OMS "a saúde pública está recuperando o esforço coletivo, carregando consigo vários atores, instituições e setores da sociedade em torno do objetivo de uma vida produtiva nas dimensões social e econômica. Esse objetivo social move a saúde de uma medida de desenvolvimento social para se tornar um dos seus maiores recursos"(42). Em outras palavras, a população, os profissionais de saúde e o governo devem responder como sair de como as coisas estão para como nós gostaríamos que fossem.

As pesquisas de diagnóstico de comunidade devem ser realizadas pelos planejadores de serviços que pretendem realizar um programa de saúde comunitária, com o objetivo de determinar problemas e estabelecer prioridades para o planejamento e desenvolvimento de programas de assistência à comunidade.(24)

A alocação de recursos humanos e materiais podem ser estabelecidos pelo diagnóstico de saúde da comunidade, evidentemente possibilitando maiores recursos às áreas com maior necessidade, traçando perspectivas em termos de demanda de serviços, principalmente nas áreas de saúde e assistência

social.(50) E fundamental que o estudo seja com base populacional para não produzir conclusões sistematicamente distorcidas como nos estudos que são enfocados na "demanda" dos serviços. (13)

O que é necessário, é um processo de pesquisa que incorpore tanto métodos qualitativos como quantitativos adaptados às condições de campo. Tal processo deve incluir:

a) um estágio preliminar qualitativo;

b) um estágio quantitativo utilizando uma pesquisa semi-estruturada de uma amostra estratificada maior para garantir o significado de variáveis sócio-culturais/comportamentais identificadas no estágio qualitativo;

c) um seguimento do estágio qualitativo para investigar inconsistências entre dados qualitativos iniciais e quantitativos, as quais podem indicar variáveis não identificadas ou combinações entre elas;

d) estudos de casos representativos com profundidade;

e) pesquisa periódica de seguimento para avaliar mudanças sociais. (46)

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - ACHUTTI, A.. Hipertensão arterial como problema de massa no Brasil: Tratamento. Ciência e Cultura, 35(11):1649-54, 1983.
- 2- ACHUTTI, A.; MEDEIROS, A.M.; AZAMBUJA, M.I. et alli. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. Boletim de Saúde, Porto Alegre, 12(1):6-54, 1985.
- 3- AUSTIN, M.A.; CRIQUI, M.H.; BARRETT-CONNOR, E.; HOLDBROOK, M.J.. The effect of response bias on the odds ratio. American Journal of Epidemiology, 114:137-43, 1981.
- 4- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; STEIN, A.; ALBUQUERQUE, M.A.; BUSETTI, M.; TAKEDA, S.. Estudo da demanda ambulatorial: relatório interno. Porto Alegre, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 1987. [mimeo]
- 5- BENNETI, F.J.. Community diagnosis: its uses in the training of community health worker and in primary health care in East Africa. Israel J. Med. Sci., 17(2-3):129-37, 1981.
- 6- BRASIL, Leis, decretos, etc. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988. art. 198 p. 133.
- 7- BROWNER, W.S.; BLACK, D.; NEWMAN, T.B. et alli. Estimating sample size and power. In: HULLEY S.B.; CUMMING S.R., ed. Designing Clinical Research: an epidemiology approach. Baltimore, Williams and Wilkins, 1988. p. 139-50.
- 8- BUCQUET, D.. Social demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning. Social Science Medicine, 23(7):737-44, 1986.
- 9- BUSETTI, M.; STEIN, A.; ALBUQUERQUE, M.A.; TAKEDA, S.. Método de avaliação de um serviço de medicina geral comunitária: diagnóstico de demanda. Momento e Perspectiva em Saúde, 1(1):65-8, 1987.
- 10- BUSNELLO, E.A.D.. A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária. Porto Alegre, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS, 1976. [Tese de Livre Docência em Psiquiatria]. p.8
- 11- CARLSON, B.A.. The potential of national household survey programmes for monitoring and evaluating primary health care in developing countries. Wld. Hlth. Statist. Quart., 38:38-63, 1985.

- 12 - CARVALHEIRO, J.R.; CARVALHEIRO, C.D.G.; ALMEIDA, M.C.P.. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares;V. Vila Lobato: metodologia, características da família e seu domicílio. Medicina, 15(2):57-71, 1982.
- 13 - CARVALHEIRO, J.R.. Investigação epidemiológica e entrevistas domiciliares. Revista de Saúde Pública,15:543-50, 1981.
- 14 - CARVALHEIRO, J.R.; FILHO, F.F.; FAVERO, M.; VASSIMON, S.G.. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares,III. Vila Guatapara: metodologia, características da família e seu domicílio. Medicina, 15(1 - 2):13-25, 1982.
- 15 - CARVALHEIRO, J.R.; FILHO, F.F.; FAVERO, M.; VASSIMON, S.G.. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares;IV. Vila Guatapara: características individuais e morbidade referida. Medicina,15(1 - 2):27-37, 1982.
- 16 - CATALDO NETO, A.. Alcoolismo: contribuição para o estudo da prevalência. Porto Alegre, curso de Psiquiatria da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1985. [Trabalho de conclusão de curso] [mimeo]
- 17- CRIQUI, M.H.. Response bias and risk ratios in epidemiologic studies. American Journal of Epidemiology,109(4):394-99, 1979.
- 18- CRIQUI, M.H.; AUSTIN, M.; BARRETT-CONNOR, E.. The effect of non-response on risk ratio in a cardiovascular disease study. J.Chron. Dis.,32:633-38, 1978.
- 19- DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; ACHUTTI, A.C. et alli. Prevalence and detection status of hypertension in a large brazilian city:influence of social factors. In:Second International Preventive Cardiology Congress, Washington DC, jun/89.
- 20- ECKERT, J.K.. An anthropological approach to community diagnosis in family practice. Family Medicine,18(5):274-7, 1986.
- 21 - FAGUNDES, A.; DIAZ, J.A.; DIAZ, M.M.; PINOTTI, J.A.. Frequência e adequação no uso de métodos contraceptivos por mulheres de Campinas. Rev. Paul Med.,104(1):44-46, 1986.
- 22- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H.. Diagnosis. In: FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H., ed. Clinical epidemiology:the essentials. Baltimore, Williams and Wilkins, 1988. p. 42-75.
- 23 - GIGANTE, L.P.. Alcoolismo e uso de álcool: Relação com o perfil sócio-econômico de adultos residentes em Porto Alegre. Porto Alegre, 1988. [Dissertação de Mestrado - Curso de Pós-Graduação em Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul]
- 24 - GIDEON, H.. Diagnóstico da comunidade: ponto de partida para programas de saúde comunitária. Passos rumo à saúde comunitária. Edições Paulinas. São Paulo, 1979. p. 11-9.

- 25- GIEL, R.; HARDING, T.W.. Psychiatric priorities in developing countries. Brit. J. Psychiat., 128:513-22, 1976.
- 26 - GRAHAM, R.; SUNDWALL, D.N.; MOORE, C.A.; FRY, J.; FABB, W.E.; WEST R.. Health care delivery. In: RAKEL R. E., ed. Textbook of Family Practice. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1984. p. 198-214.
- 27- GROSS, F.; PISA, Z.; STRASSER, T.; ZANCHETTI, A.. Tratamiento de la hipertensión arterial: Guía práctica para el médico y otros agentes de salud. Organização Mundial da Saúde, 1985.
- 28 - GROSSMAN, C. et alii. Projeto de implantação do Sistema de Medicina de Família:relatório interno. Porto Alegre, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 1984. [mimeo]
- 29- GUTIERREZ, A.. Recomendaciones para la elaboracion de criterios de síntesis sobre el estado de salud de la comunidad. Rev Cubana Adm Salud,13(3):309-11, 1987.
- 30 - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, SERVIÇO DE SAUDE COMUNITARIA. Programa de Prevenção do Cancer ginecologico:relatório interno. Porto Alegre,1987.[mimeo]
- 31- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, SERVIÇO DE SAUDE COMUNITARIA. Programa de atendimento aos pacientes hipertensos:relatório interno. Porto Alegre, 1988. [mimeo]
- 32- HANGUND, B.J.A.. Community diagnosis. Scand J. Primary Health Care,1(1):12-9, 1983.
- 33 - HODGKIN, K.. The general practitioner's job. In:HODGKIN, K.; ed. Towards Earlier Diagnosis:a guide to primary care. London, Churchill Livingstone, 1985. p. 11-28.
- 34- HULLEY, S.B.; GOVE, S.; BROWNER, W.S. et alii. Choosing the study subjects: specification and sampling. In: HULLEY, S.B.; CUMMING, S.R., ed. Designing clinical research: an epidemiology approach. Baltimore, Williams and Wilkins, 1988. p. 18-30.
- 35- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA.. Censo demográfico:famílias e domicilio. Rio de Janeiro, 1983. v.1 t.6
- 36- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA.. Censo demográfico:dados distritais. Rio de Janeiro, 1982. v.1 t.3
- 37- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA.. Censo demográfico:mão-de-obra. Rio de Janeiro, 1983. v.1 t.5
- 38- KAHN, H.A.. Random sampling. In: KAHN, H.A.; ed. An introduction to epidemiologic methods. Oxford, Oxford University Press, 1983. p.11-37.
- 39- KROEGER, A.. Errores de respuesta y otros problemas de las

encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. Bol Of Sanit Panam, 100(3):253-81, 1986.

40 - LAURENTI, R.. Mortalidade por hipertensão arterial como causa básica. Ciência e Cultura, 35(11):1637-42, 1983.

41- LLERENA, C.; ARROYO, P.. Modelos de atención primaria a la salud. Salud Publica de Mexico, 27(6):540-6, 1985.

42- MAHLER, H.. Toward a new public health(E). Health Promotion, 1(1):1, 1986.

43- MARCHAL, C.K.. National health interview surveys for health care policy. Social Science Medicine, 28(2):223-33, 1988.

44- MOORE, Jr.. Accuracy of a health interview survey in measuring chronic illness prevalence. Helth Services Research, 10(647):162-7, 1975.

45- NORUSIS, M.. Statistical Package for Social Science(SPSS). Chicago, 1986.

46- NICATER, M.. The project community diagnosis:participatory research as a first step toward community involvement in primary care. Social Science Medicine, 19(3):237-52, 1984.

47- NUTBEAM, D.. Health promotion glossary. Health Promotion, 1(1):113-27, 1986.

48- OSUNA, J.. Os serviços de saúde. A Saúde do Mundo, p.23-25, out 1987.

49- PRIMARY health care.. Newsletter 2000 health for all (10):2-4, may 1987.

50 - RAMOS, L.R., VERAS, R., KALACHE, A.. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Revista de Saúde Pública, 21(3):211-24, 1987.

51-ROSS, D.A.. Health interview surveys in developing countries: a metodological review for future surveys. London, 1984. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 42 p.

52- SCHEPERS, L.J.G.; HAGEN, J.H.. Avoidable burden of illness: How much can prevention contribute to health? Social Science Medicine, 4(11):945-51, 1987.

53- SIMOES, M.J.; FILHO, A.F.. Consumo de medicamentos em região do estado de São Paulo (Brasil). Revista de Saúde Pública, 22:494-9, 1988.

54-SMITH, W.. Epidemiology of hypertension in older patients. The American Journal of Medicine, 85 (suppl 3B):2-6, 1988.

55- STEIN, A.; REOLON, M.G.P.; Buseti, M.; TAKEDA, S.. Método

de avaliação de um serviço de medicina geral comunitária (1)diagnóstico de saúde da comunidade. Momento e Perspectiva em Saúde, 1(1):60-4, 1987.

56- TILSON, H.. Benefits of a community needs assessment (E).American Journal of Public Health, 78(7):850-1, 1988.

57- TORANO, R.G.. Orientaciones metodologicas para el estudio del estado de salud de una comunidade. Introducion. Rev Cubana Adm Salud,13(2):173-81, 1987.

58- TORANO, R.G.. Marco conceptual para el estudio del estado de salud de la populacion de una comunidad. Rev Cubana Adm Salud, 13(2):177-81, 1987.

59- TORANO, R.G.. Aspectos administrativos del estudio del estado de salud de la comunidad. Rev Cubana Adm Salud, 13(3):313-8, 1987.

60- Utilización de la epidemiologia en la atención primaria de salud. Cronica de la OMS, 34(1):18-21, ene 1980.

61- VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE A.. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Revista de Saúde Pública, 21:225-33, 1987.

62- VICTORA, C.. Aspectos práticos do planejamento de inquéritos epidemiológicos.Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária, 1(1), 1987.

63- VICTORA, C.; BARROS, F.. Avaliação do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição:relatório interno. Porto Alegre, maio 1988. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. [mimeo]

64- WALLACE, P.; CUTLER, S.; HAINES, A.. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. British Medical Journal,297:663-8, 1988.

65- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on a WHO working group. The assessment of primary health care development in the European Region. Seville 13-16, apr 1988. 22 p. [mimeo]

ANEXO A - CONCEITOS BÁSICOS

Neste anexo, são apresentados alguns conceitos básicos para definir termos utilizados no trabalho, com o intuito de suprir uma deficiência na literatura brasileira sobre o assunto e de possibilitar que os profissionais da área utilizem essa nomenclatura em outros trabalhos.

COMUNIDADE

Para este trabalho é utilizada a definição de comunidade como um grupo específico de pessoas que vive numa área geográfica definida, compartilha uma cultura com, está envolvido numa estrutura social e apresenta algumas características que o identifica como grupo. É importante observar que nas sociedades modernas, indivíduos raramente pertencem à uma comunidade única, mas mantêm ligações com uma variedade de comunidades baseadas em variáveis, tais como: geográfica, ocupacional, contato social e interesse de lazer.(32,47)

CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE

A - DEFINIÇÃO

Os cuidados primários em saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologia práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. As atividades desenvolvidas devem

incluir educação para saúde para toda a comunidade, ressaltando a importância e a natureza dos problemas de saúde prevalente na população e os métodos de prevenir e controlar esses problemas. Outras atividades essenciais incluem a promoção de suprimento adequado de alimentos e nutrição apropriada; água segura e saneamento básico; cuidado materno-infantil, incluindo planejamento familiar; imunização; tratamento adequado de doenças comuns e ferimentos e a distribuição de drogas essenciais.

Cuidados Primários em Saúde é a função central e o foco principal do sistema de saúde formal de um país. Os profissionais de saúde a nível de cuidados primários - equipes multidisciplinares que integram horizontalmente os serviços e a educação - desempenham um importante papel para a formulação de políticas de saúde na comunidade.(65)

B - PRINCÍPIOS MAIS IMPORTANTES

Os cuidados primários em saúde devem:

- estar inseridos num contexto social e econômico real;
- estar estabelecidos no princípio de participação comunitária e continuidade de relacionamento com membros da comunidade;
- influir na melhora da autoconfiança pela criação e desenvolvimento do suporte social;
- estar baseado numa forma de colaboração multisetorial e intersetorial em promoção de saúde, prevenção, reabilitação e suporte;
- servir como ponto de primeiro contato num nível local no Sistema Nacional Único de Saúde;

- estar apoiado por um sistema efetivo de referência através de integração vertical e coordenação de serviços em vários níveis;

- identificar sistematicamente fatores de risco e pessoas com alto risco, pessoas com difícil acesso aos serviços para superar as desigualdades no cuidado à saúde;

- estimular o uso apropriado de tecnologia de saúde, incluindo controle de qualidade;

- ser monitorados e avaliados através de um sistema de informação organizada. (65)

DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE

Gideon define diagnóstico comunitário como "uma avaliação abrangente do estado de toda uma comunidade em relação com o ambiente social, físico e biológico". Também afirma que "o objetivo do diagnóstico é determinar problemas e estabelecer prioridades para planejamento e desenvolvimento de programas de cuidado para a comunidade".(24)

DISTRITO SANITÁRIO

Um distrito sanitário é uma área geográfica com uma organização governamental, razoavelmente pequeno para poder ser manejado sem o controle do nível central. É o nível onde as necessidades da comunidade e prioridades nacionais podem ser conciliadas. (49)

DOENÇA

Doença será entendida como uma anormalidade estrutural e/ou do funcionamento do corpo.(8)

EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

Educação para Saúde é um conjunto de termos utilizado que significa oportunidades para o aprendizado, as quais são delineadas para facilitar mudanças de comportamento para um objetivo pré-determinado. É essencial uma atividade educacional envolvendo alguma forma de comunicação delineada para melhorar o conhecimento e para desenvolver entendimento e habilidade que conduzam à saúde. (47)

ENFERMIDADE (ILLNESS)

Enfermidade será entendida como uma mudança não desejável no estado próprio de saúde com base social. (8)

ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Envolvimento comunitário consiste na participação ativa das pessoas em algum tipo de comunidade. Tal participação pode vir a ser decisiva no processo da definição do problema e na ação da promoção da saúde. No contexto de promoção da saúde, envolvimento é visto como um fator muito importante para o processo de desenvolvimento comunitario.(47)

PERCEPÇÃO DE SAÚDE

A percepção de saúde será uma interpretação individual de experiências de saúde e má saúde dentro do contexto do dia-a-dia.

Este julgamento é normalmente baseado em conhecimento disponível e em informações modificadas por experiências prévias e por conceitos sociais e culturais.(45)

POLÍTICA DE SAÚDE

Política de saúde pode ser descrito como uma política formal ou como procedimento de uma instituição (incluindo o governo) que dá prioridade para a saúde ou a reconhece como objetivo.

A política de saúde normalmente consiste de decisões e ações, as quais são respostas às necessidades ou exigências de saúde, recursos disponíveis e outras pressões não relacionadas à saúde. A ausência de decisão deve também ser reconhecida como um componente de política de saúde que pode influenciar a saúde de indivíduos ou comunidades.(47)

PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Prevenção de doenças é utilizada na representação de estratégias delineadas tanto para reduzir fatores de risco para doenças específicas, como para melhorar fatores do hospedeiro que ou diminuem a suscetibilidade à doença ou diminuem as consequências de uma doença já estabelecida. (47)

PROMOÇÃO DE SAÚDE

Promoção de saúde é um processo que visa propiciar aos indivíduos e comunidades aumentarem o controle sobre determinantes de saúde, tendo como objetivo a melhora da saúde. Também representa uma estratégia entre pessoas e seu ambiente, combinan-

do escolha pessoal com responsabilidade social para criar um futuro mais saudável.

Promoção de saúde como princípio envolve toda a população no seu dia a dia. O ponto central para isto é a participação pública efetiva na definição de problemas e nas ações realizadas para a mudança e a melhoria dos determinantes de saúde.

Esta estratégia pode ser resumida pela frase "fazer das escolhas saudáveis a escolha mais simples".(47)

SAÚDE

Saúde é definida pela OMS como um estado de bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença. No entanto, esse conceito corresponde a uma descrição idealista. Dentro do contexto de promoção de saúde, saúde tem sido considerado menos como um estado abstrato e mais como uma habilidade de atingir um potencial e responder positivamente aos desafios do ambiente. Nesse aspecto, saúde é vista como uma fonte para a vida do dia a dia - não o objeto de viver - ; é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas. (47)

ANEXO B - MÉDICO GERAL COMUNITÁRIO

O médico geral comunitário é um profissional que atua em comunidades geograficamente delimitadas, tendo responsabilidade pela situação de saúde tanto das pessoas que procuram o serviço de saúde, como daquelas que não o fazem. Seus recursos incluem uma visão do coletivo e uma abordagem integral da saúde. Utiliza recursos adequados para o atendimento das necessidades de cada população, independente de situação previdenciária, e visa alto poder de solução. Este profissional trabalha em conjunto com uma equipe multiprofissional, estabelecendo a distribuição de tarefas de acordo com as prioridades de uma comunidade.(53)

O Royal College of Practitioners (Grã-Bretanha) define o médico geral (general practitioner) como "Um médico que provê cuidado médico personalizado, primário e continuado para indivíduos e famílias. Ele presta atendimento ao seu paciente no domicílio, no consultório, ou no hospital. Ele aceita a responsabilidade das decisões iniciais em cada problema que o seu paciente possa apresentar para ele ou consultando com especialista quando acha que é apropriado. Ele vai trabalhar em grupo com outros médicos gerais, com o auxílio de colegas não médicos e recepcionistas. Mesmo que seja um único médico, ele vai trabalhar numa equipe e delegar quando necessário. O seu diagnóstico levará em conta aspectos físicos, psicológicos e sociais, intervindo educacional, preventiva e terapêuticamente para promover a saúde do seu paciente."(31)



ANEXO C.

h5

ANEXO D - CRITÉRIOS PARA ORIENTAR AS VISITAS DOS DOMICÍLIOS DA AMOSTRA

- 1- O intervalo entre as casas em que serão aplicados os questionários foi fixado em 6, isto é, uma visita a cada 7 casas.
- 2- Foi fixado o sentido horário (sempre pela direita do entrevistador para uniformizar o percurso das visitas. Quando houver becos, ruelas, etc, as visitas continuarão sendo feitas sempre pela direita.
- 3- Deve-se contar o número de domicílios de frente para os fundos e de baixo para cima (por exemplo: sobrados, edifícios).
- 4- Caso não haja informante no domicílio no momento da visita, não o substitua. Realize uma lista dos domicílios assinalando se possível a causa de falta de informação (trabalha fora todo o dia, viagem, hospitalização, ninguém em casa, recusa responder, necessidade de voltar para completar dados, etc).
- 5- Escolas, creches e outros estabelecimentos coletivos não são considerados domicílios e devem ser substituídos.
- 6- Estabelecimentos comerciais só entrarão no estudo se tiverem moradores fixos.
- 7- Quadra para este estudo foi definido como o caminho mais curto para dar uma volta e chegar no mesmo lugar.

ANEXO E - QUESTIONÁRIOS DA PRIMEIRA ETAPA

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PESQUISA DE SAÚDE POR VISITAS DOMICILIARES

Número do questionário: _ _ _ _ _ quest _ _ _

Endereço:

Nome do chefe da família:

Componentes da família:

idade	sexo masc	sexo feminino	fam
< 1	--	--	<1 --
1 - 2	--	--	1-2 --
3 - 4	--	--	3-4 --
5 - 14	--	--	5-14 --
15 - 49	--	--	15-49 --
50 - 64	--	--	50-64 --
65 +	--	--	65 + --

Tipo de família: (1) nuclear (2) extensiva tipo _ _

Crianças entre 7 e 14 anos estão na escola?
(1) sim, número: _ _ (2) não, número: _ _ crianças _ _

Se estão estudando, qual a Escola que frequentam? escola

----- _ _
----- _ _
----- _ _

A família participa regularmente de alguma das seguintes atividades? atividades

associação de moradores	(1)sim	(2)não	assoc. morad	_
sindicatos	(1)sim	(2)não	sindicatos	_
assoc. pais e mestres	(1)sim	(2)não	assoc.pais	_
clube de mães	(1)sim	(2)não	clube maes	_
grupos religiosos	(1)sim	(2)não	religiosos	_
partidos políticos	(1)sim	(2)não	politicos	_
grupos voluntários	(1)sim	(2)não	voluntarios	_
outros: _ _ _ _ _	(1)sim	(2)não	outros	_

Situação de saúde

Alguma pessoa da família teve no último ano:
baixa por doença dos nervos: _ _ pessoas nervos _

baixa por outras doenças:	--	--	peessoas	:	baixas	--
problemas com bebida de álcool:	--	--	peessoas	:	álcool	--
pressão alta em tratamento:	--	--	peessoas	:	pressão trat	--
pressão alta não tratada:	--	--	peessoas	:	pressão não	--
açúcar no sangue em tratamento:	--	--	peessoas	:	açúcar trat	--
açúcar no sangue não tratado:	--	--	peessoas	:	açúcar não	--

Se alguma pessoa da família precisou consultar com médico nos últimos 3 meses, qual o lugar onde foi? local consulta (até 3 locais)

local 1 :.....	:	local 1	--
local 2 :.....	:	local 2	--
local 3 :.....	:	local 3	--

No último ano alguém da família usou:

chás ou ervas	(1)sim	(2)não	:	chás	--
benzedeira	(1)sim	(2)não	:	benzedeira	--
farmacêutico	(1)sim	(2)não	:	farmacêutico	--
centro espírita	(1)sim	(2)não	:	centro esp.	--
voluntários de saúde	(1)sim	(2)não	:	voluntários	--

Conhece a UMF?	(1)sim	(2)nao	:	conhece	--
----------------	--------	--------	---	---------	----

Morreu alguém da casa nos últimos 3 anos?	(1)sim	(2)não	:	morte	--
-------------------------------------------	--------	--------	---	-------	----

Se morreu, que idade tinha?

-- anos (98=não se aplica, 99=desconhecida)	:	idade morte	--
-- anos (98=não se aplica, 99=desconhecida)	:	idade morte	--
-- anos (98=não se aplica, 99=desconhecida)	:	idade morte	--

Situação sócio-econômica

Das pessoas com 15 anos ou mais, quantas estão trabalhando ou aposentadas (com remuneração)?	:		
-- pessoas	:	pessoas	--

Quanto ganham estas pessoas?

1a. pessoa	Cz\$.....por.....	:	renda familiar
2a. pessoa	Cz\$.....por.....	:	mensal:
3a. pessoa	Cz\$.....por.....	:	-----

AS PERGUNTAS SEGUINTE REFEREM-SE À PESSOA QUE TEM MAIOR RENDA

Qual o tipo de firma onde trabalha?.....	:	tipo de firma
Que tipo de trabalho faz?.....	:	tipo de trab.

Qual a sua posição no serviço?

(1)empregado	(2)empregador	:	posição	--
(3)conta própria, estabelecimento próprio		:		
(4)conta própria, sem estabelecimento		:		
(5)biscateiro	(6)parceiro ou meeiro	:		

(7)aposentado ou encostado
(8)outro.....

CONDIÇÕES DA RESIDÊNCIA

Tipo de construção:		construção	_
(1)tijolos	(2)tijolos,rústica		
(3)madeira regular	(4)mista		
(5)maloca	(6)outro:.....		
(7)apartamento			
Água encanada:	(1)sim,dentro da casa	água	_
(2)sim, no terreno	(3)não		
Como é a patente da casa?		patente	_
(1)com descarga	(2)casinha		
(3)não usam	(4)usam a de outra casa		
Quantas peças tem a casa?	_ _		
Onde dormem as pessoas?	_ _ quartos	quartos	_
Existe horta na casa?	(1)sim	horta	_
	(2)não		
O que fazem com o lixo?		lixo	_
(1)ar livre	(2)queimam	(3)enterram	
(4)DMLU	(5)outro:.....		
Há quanto tempo moram neste bairro?		anos	_
_ _ anos (menos de 1 ano=00)			
Se moram na zona há menos de 5 anos, de onde vieram?		procedência	_
(1)Grande POA	(2)outra área urbana		
(3)zona rural	(8)não se aplica		
(9)ignorado			
São proprietários do imóvel onde moram?		imóvel	_
(1)sim	(2)não, alugam	(3)não, posseiros	
() não, outros			
Qual o problema mais importante do bairro?		problema	_ _
(1)saneamento	(2)escola	(3)saúde	
(4)creches	(5)diversão	(6)habitação	
(7)pobreza	(8)segurança	(9)transporte	
(10)tóxico	(11)outro:.....		
Data da entrevista:	_ _ _ _	data	
Entrevistador:.....		entrev.	_ _

QUESTIONÁRIO PARA MULHERES ENTRE 15 E 49 ANOS

Número do questionário: _ _ _ _ _	quest_ _ _ _ _
Idade: _ _ anos	idade _ _
Quantos anos de escola completou? _ _ anos	escola _ _
Quantos filhos nascidos vivos já teve? _ _	filh vivos _ _
Quantos filhos vivos tem hoje? _ _	filh hoje _ _
Quantos filhos nascidos vivos teve nos últimos 12 meses? _ _	filh 12 meses _ _
Está grávida atualmente? (1)sim (2)não (3)acha que está	grávida _
Se esta grávida:	meses grávida
Com quantos meses de gravidez está? _ _	Com quantos meses de gravidez está? _ _
Quantas consultas pré-natais já fez? _ _	pré-natal _ _
Onde consultou?.....	onde _ _
Neste último mês usou algum método para não engravidar?	anticoncepcao
(1)Nenhum, quer engravidar	(1)Nenhum, quer engravidar
(2)Nenhum, está grávida	(2)Nenhum, está grávida
(3)Nenhum, fez ligadura de trompas	(3)Nenhum, fez ligadura de trompas
(4)Nenhum, marido fez vasectomia	(4)Nenhum, marido fez vasectomia
()Nenhum, outro motivo	()Nenhum, outro motivo
(5)Pílula	(5)Pílula
(6)Diu	(6)Diu
(7)Camisa de vênus	(7)Camisa de vênus
(8)Coito interrompido	(8)Coito interrompido
(9)Método da tabela ou ritmo	(9)Método da tabela ou ritmo
(10)Geléia ou óvulos (supositórios)	(10)Geléia ou óvulos (supositórios)
(11)Diafragma	(11)Diafragma
()Outro:.....	()Outro:.....
Onde nasceu seu último filho?	nascimento _
(1)hospital (2)casa, com parteira	(1)hospital (2)casa, com parteira
(3)casa, com outra pessoa	(3)casa, com outra pessoa
(4)outro:.....	(4)outro:.....
Tipo de parto: (1)normal (2)cesária (3) fórceps (4)outro:.....	parto _
Trabalha fora de casa? (1)sim, todos os dias (2)sim, alguns dias (3)não	trabalho _
Data da entrevista: - - - - -	data _ _ _ _ _
Entrevistador:.....	entrev _ _

QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS COM MENOS DE 3 ANOS

Número do questionário: _ _ _ _ _	quest _ _ _ _ _
Data do nascimento: _ _ _ _ _	nascimento _ _ _ _ _
Sexo: (1) masc (2) fem	sexo _
Consultou com médico no último mês? _ _ consultas (0 = não)	consultou _
Se consultou, onde foi:.....	onde _ _
Número de vacinas já realizadas	
	Confirm. Não conf.
Sabin (gotas na boca): _ _	sabin _ _
Tríplice (injeção na nádega): _ _	tríplice _ _
Sarampo (injeção no braço): _ _	sarampo _ _
Quantas vezes a mãe consultou durante a gravidez? _ _ _ _ vezes	pré-natal _ _
Com que peso nasceu? _ _ _ _ _ g (9999=desconhecido)	peso _ _ _ _ _
Peso atual: _ _ _ _ _ g	peso hoje _ _ _ _ _
Por quanto tempo mamou no seio? _ _ meses e _ _ dias (97= nunca mamou; 98= ainda mama)	meses _ _ dias _ _
SE JÁ CESSOU O PEITO: Por que deixou de mamar?	deixou de mamar
(1) secou o leite (2) pouco leite	1a. razão _ _
(3) leite fraco (4) criança não quis	2a. razão _ _
(5) outra gravidez (6) trabalho da mãe	
(7) não engordava (8) doença da mãe	
(9) uso de anticoncepção (10) doença da criança	
(12) outro: _ _ _ _ _	
(88) não se aplica	
Quem cuida da criança? (1) mãe (2) pai	quem cuida _
(3) empregada (4) parente < 18 anos	
(5) parente > 18 anos (6) creche	
(7) outro: _ _ _ _ _	
Data da entrevista: _ _ _ _ _	data _ _ _ _ _
Entrevistador: _ _ _ _ _	entrev. _

QUESTIONÁRIO PARA PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS

Número do questionário	_____	quest	_____
Nome:			
Idade:	__ __ anos	Sexo:(1) masc. (2) fem.	idade __ __ sexo _
Tem aposentadoria?	(1) sim (2) não		aposent. _
Tem alguma outra fonte de renda?	(1) trabalho regular (2) pensão (3) outra:_____		fonte _
Se trabalha, qual o tipo de trabalho?			tipo trab. __
Tomou algum remédio todos os dias (ou > 3 dias por semanas) no último mês?	(1) sim (2) não		remedio _
Se tomou, qual foi o remédio?			
Remédio 1	_____	R1	_____
Remédio 2	_____	R2	_____
Remédio 3	_____	R3	_____
Fez alguma consulta com médico no último mês?	__ __ consultas (0=não)		consulta _
Se consultou, onde foi?	_____		consulta onde __
Tem algum problema de saúde tal como:			
açúcar no sangue	(1) sim (2) não		açúcar _
pressão alta	(1) sim (2) não		pressão _
Tem capacidade de:			
locomover-se sozinho	(1) sim (2) não		locomover _
cozinhar e lavar louça	(1) sim (2) não		cozinhar _
realizar higiene pessoal	(1) sim (2) não		higiene _
sair de casa sozinho	(1) sim (2) não		sair _
Data:	__ __		data __ __
Entrevistador:	__ __		entrev. __



ANEXO F - QUESTIONÁRIOS DA SEGUNDA ETAPA

SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GHC
 PESQUISA DE SAÚDE POR VISITAS DOMICILIARES
 PESQUISA DE NÃO RESPONDENTES

1. Número do questionário: _ _ _	quest: _ _ _		
2. Endereço:.....			
3. Nome do chefe da família:.....			
4. Componentes da família			
Idade	sexo masc	sexo fem	
< 1	--	--	<1: --
1-2	--	--	1-2: --
3-4	--	--	3-4: --
5-14	--	--	5-14: --
15-49	--	--	15-49: --
50-64	--	--	50-64: --
>65	--	--	>65: --
Situação de saúde:			
Alguma pessoa da família teve no último ano:			
5. Baixa por doença dos nervos _ _ pessoas			nervos _
6. Baixa por outras doenças _ _ pessoas			baixas _
7. Problemas com bebidas de álcool _ _ pessoas			álcool _
8. Pressão alta em tratamento _ _ pessoas			prestrat _
9. Pressão alta não tratada _ _ pessoas			presnãõ _
10. Açúcar no sangue em tratamento _ _ pessoas			açúcartr _
11. Açúcar no sangue não tratado _ _ pessoas			açúcarna _
12. Conhece o Serviço de Saúde Comunitária ou Unidade de Medicina de Família? (1)Sim (2)Não			conhece _
13. Se alguma pessoa da família precisou consultar com médico nos últimos três meses, qual o lugar que foi procurado?.....			local
.....			--
.....			--
.....			--
14. Morreu alguém da casa nos últimos três anos? (1) Sim (2) Não			morte _
15. Se morreu, que idade tinha?			
_ _ anos 98- não se aplica			idmort _
_ _ anos 99- desconhecido			idmort _
_ _ anos			idmort _
Situação sócio-econômica:			
16. Das pessoas com 15 anos ou mais, quantas estão trabalhando ou aposentadas? _ _ pessoas			pessoas _

17. Quanto ganham estas pessoas?
 1a. pessoa CZ\$ - - - - - por - - -
 2a. pessoa CZ\$ - - - - - por - - -
 3a. pessoa CZ\$ - - - - - por - - -

rendafam
 mensal:
 CZ\$ - - - - -

Condições de residência:

18. Tipo de construção:
 (1) tijolos (2) tijolo, rústica (3) madeira
 (4) mista (5) maloca
 (6) outro..... (7) apartamento
 19. Há quanto tempo moram nesta vila (bairro)?
 - - anos (menos que 1 ano = 0)
 20. São proprietários do terreno em que moram?
 (1) sim (2) não, alugam (3) não, posseiros
 (4) não, outro.....

construção
 -

anosvila - -

imóvel -

data: - / - / -

data
 - - - - -

Entrevistador:

entr.: -

QUESTIONÁRIO ADAPTADO PARA SER ENVIADO ATRAVÉS DE CARTA
SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GHC

Nome do chefe da família:.....

Endereço :.....

Listar os componentes da família com o nome idade e sexo:

1-

2-

3-

4-

5-

Responda algumas questões sobre situação de saúde -

Alguma pessoa da família teve no último ano:

- Baixa por doença dos nervos _ _ pessoas
- Baixa por outras doenças _ _ pessoas
- Problemas com bebidas de álcool _ _ pessoas
- Pressão alta em tratamento _ _ pessoas
- Pressão alta não tratada _ _ pessoas
- Açúcar no sangue em tratamento _ _ pessoas
- Açúcar no sangue não tratado _ _ pessoas

Conhece o Serviço de Saúde Comunitário (Unidade de Medicina de Família) () Sim () Não

Se alguma pessoa da família precisou consultar com médico nos últimos três meses, qual o local que foi procurado?

1-

2-

3-

Morreu alguém da casa nos últimos 3 anos?

() Sim () Não

Se morreu, que idade tinha?

_ _ anos

_ _ anos

_ _ anos

Das pessoas com 15 anos ou mais, quantas estão trabalhando ou aposentadas? _ _ pessoas

Quanto ganham estas pessoas?

1a. pessoa Cz\$ _ _ _ _ por _ _ _ _

2a. pessoa Cz\$ _ _ _ _ por _ _ _ _

3a. pessoa Cz\$ _ _ _ _ por _ _ _ _

Há quanto tempo moram neste bairro? _ _ anos

São proprietários do imóvel em que moram?

()sim ()não, alugam ()não, posseiros

DATA DA ENTREVISTA: _ _ / _ _ / _ _

Porto Alegre, de de 1988.

Prezados moradores,

Como já devem ter sido informados, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição realizou no período de Abril a Maio de 1987 um diagnóstico de saúde desta comunidade, baseado em um questionário aplicado durante uma visita domiciliar.

Sua residência havia sido selecionada ao acaso para realizar esta entrevista, mas não foi possível fazê-la por não termos encontrado ninguém em casa.

Como suas respostas são muito importantes para nossa pesquisa, pedimos para que entre em contato conosco.

Para qualquer esclarecimento, liguem para o número 41-1300 - RAMAL 137 (durante o dia) ou à noite pelo número 21-0546 e falem com Dr. Airton.

Desde já agradecemos a sua colaboração,

Dr Airton Stein

ANEXO G - TREINAMENTO DA EQUIPE - MANUAL DO ENTREVISTADOR

O treinamento da equipe e o manual do entrevistador servem para ajudar o entrevistador a uniformizar as condutas. Caso ocorram dúvidas ou problemas que não são abordados no manual, o entrevistador é estimulado para discutir com o supervisor.

INSTRUÇÕES GERAIS:

1- Quem responde aos questionários?

Na primeira visita, o questionário geral é respondido por um adulto de preferência um dos donos de casa. O questionário para mulher de 15 a 44 anos é respondido pela própria pessoa, de preferência em separado da família. O questionário para criança (menores de 3 anos) é respondido pela mãe ou pessoa que cuida, e o questionário para idosos (acima de 65 anos) é respondido pela própria pessoa. Quando as pessoas indicadas não se encontram, deverá haver uma segunda visita. Se novamente as pessoas indicadas não se encontram, qualquer pessoa poderá responder.

2- A apresentação do entrevistador deve ser de forma profissional, dizendo quem é e explicar os objetivos da pesquisa. Por exemplo: "Eu sou fulano de tal, trabalho no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição que está realizando uma pesquisa sobre problemas de saúde da nossa comunidade, e a sua residência foi sorteada ao acaso para este estudo".

3- Caso houver necessidade, apresente uma identificação para o morador.

4- Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de respostas. Se necessário, explicar a pergunta de uma outra forma (conforme instruções específicas), e enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a

resposta.

5- Após terminado o preenchimento do questionário, entregá-lo ao supervisor para codificação dos dígitos à direita do questionário.

6- Sempre que houver dúvida, escrever a resposta o mais detalhada possível e discutir com o supervisor.

7- Quando uma resposta do entrevistado parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário sobre esta situação.

8- Família nuclear é aquela constituída por duas gerações, como pais e filhos, ou avós e netos. A família extensiva é aquela constituída por três gerações (ou mais) vivendo juntas, como no caso de um ou mais avós, pais e filhos.

9- Deixar claro quando se refere aos últimos três meses, e especificar estes meses, assim como na pergunta que se refere ao último ano.

10- Considerar apenas baixa hospitalares quando ocorrer internação hospitalar por mais de 24 horas.

11- MÉTODOS CONTRACEPTIVOS- O método de tabela ou ritmo é também conhecido como método de Ogino-Knaus. A resposta "ele se cuida" em geral significa coito interrompido, mas deve esclarecer-se com a entrevistada. Se a mulher referir que não usa método anticoncepcional, alegando problemas de saúde, perguntar se não usa outro método que não seja a pílula.

Se a paciente utiliza dois métodos combinados, tentar identificar o mais utilizado.

12- Caso seja necessário explicar o que "problema de álcool" significa: álcool está sendo consumido de forma a se constituir

em um problema, por exemplo causando agressividade, faltas ao trabalho etc.

13- Em relação à situação sócio-econômica: somente considerar os salários que entrarem nas despesas da casa. Para autônomo, como proprietários de armazém ou motorista de táxi, anotar somente a renda líquida e não a bruta. Quando a renda provém de biscates pagos por dia, anotar o número de dias que a pessoa trabalhou no último mês. Quando a pessoa que está respondendo o questionário não souber informar a renda dos outros membros da família, tentar aproximar ao máximo o valor do salário e considerar ignorado no último caso. Quando isto ocorrer, anotar detalhadamente o tipo de ocupação desta pessoa de renda ignorada, para que se possa calcular o seu salário posteriormente. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais, como por exemplo o 13 salário ou o recebimento de indenização por demissão. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.

Na questão da renda, especificar se os valores são por dia, semana, quinzena ou mensal. Quando ganha por dia, anotar quantos dias por semana trabalha. Se é horista, quantas horas por dia trabalha e quantos dias por semana.

14- Em relação ao número de peças que tem a casa pedir para o entrevistado especificar as peças a fim de não incluir o banheiro e corredores. Ambientes bem divididos com armário ou cortinas devem ser considerados como peças independentes.

15- Caracterizar o tipo de construção. Casa de madeira regular é aquela construída com tábuas iguais, regulares, sem frestas, com

assoalho, forro no teto e janelas com vidro. Casa mista tem parte de madeiras, de tijolos ou cimento. Maloca (casa irregular) é construída por madeiras de tipos diferentes, e/ou outros materiais improvisados como latas, papelão; o teto em geral não tem forro, e as janelas não têm vidros. A casa de tijolos sem reboco (rústicas) são casas de tijolos muito primitivas, sem forro no teto e com estruturas simples.

16- Todos os itens devem ser respondidos.

ANEXO H - INSTRUÇÕES PARA CODIFICAÇÃO

- Numeração dos questionários:

Questionário geral: Ordenar os questionários e numerar a partir de 001.

Questionário para mulheres, idosos e crianças: Tem o mesmo número do geral e mais numeração específica. Ex.: 001.01 ...

- Os números devem ser escritos de forma legível.

- Todos os códigos devem ser preenchidos.

Ex.: Questão "crianças na escola" - (1)sim, número_ _
(2)não, número_ _

- Questão "crianças na escola". Número máximo: 8.

- O número 9 caracteriza que a informação é ignorada

- Questão "quantos trabalham?": número máximo:8

- Questão "quanto ganham": o codificador deverá somar o total dos valores.

- Questão "Problema mais importante": usar 2 dígitos para a codificação: 01, 02, 03 ...

- Questão: "Se morreu que idade tinha?": idade limite até 97 anos. 97 significa 97 anos ou mais.

- Os dígitos 98, 998, 9998 caracterizam-se como "não se aplica".

- Questão "Se está grávida": usar dois dígitos.

00- está grávida, não completou um mês de gestação

09- 09 meses completos de gestação

98- não se aplica (não está grávida).

99- ignorado

- O código "0" não deve ser aplicado como sinônimo de não, exceto quando isto esteja especificado claramente nas opções da

pergunta; deve-se considerá-lo normalmente em seu significado numérico. Assim, 00 meses e dois dias= 2 dias; 00 dias= menos que 24 horas.

- Para o uso de outros códigos, siga as instruções que constam abaixo de cada pergunta.

RESUMO

Foi realizado um estudo de diagnóstico da Comunidade Conceição com base populacional, de uma amostra aleatória sistemática e por conglomerado. Coletou-se informações sobre a distribuição da população, as condições socio-econômicas, a utilização de serviços de saúde, a prevalência de problemas de saúde, a comparação da utilização de serviços entre crianças menores de 3 anos e os idosos acima de 65 anos, a utilização de contraceptivos e a utilização de medicamentos pela população com 65 anos ou mais. Como ocorreu um grande número de não-respondentes, realizou-se uma segunda etapa na tentativa de conseguir de todas as maneiras a entrevista, quer por visita domiciliar, carta ou por telefone. Comparou-se os indivíduos respondentes com os não-respondentes, partindo da hipótese de que teriam características diferentes. A distribuição da população por faixa etária e por sexo não foi diferente entre os respondentes e os não-respondentes; porém, houve diferença significativa nas seguintes variáveis que caracterizam os não-respondentes: um menor tamanho médio da família ($p < .001$), moram em apartamento ($p < .001$), moram há menos tempo no bairro ($p.05$), apresentam uma melhor renda familiar ($p.01$) e não havendo diferença estatística em relação aos dados de morbimortalidade. O estudo de diagnóstico de comunidade possibilitou que o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), conhecesse melhor a população que atende e que fossem organizados programas de prioridades. O SSC foi o serviço mais utilizado pela comunidade Conceição, representando um terço dos recursos de saúde para a área.

ABSTRACT

A study of Conceição community was carried out on a population basis, from a systematic random sample and as a whole. Information was collected on the population distribution, socio-economic conditions, and utilization of health services. The prevalence of health problems, and service utilization by children under 3 and elderly people over 65 years of age was compared. Also studied was the utilization of contraceptives. Also the utilization of medicines by the population of 65 years of age and over. As a great number of non-respondents occurred, a second stage was carried out in an attempt to get the interviews by any means, whether by home visiting, letter, or telephone. Responding individuals were compared to non-respondents, to test the hypothesis that they would have different characteristics. The population distribution by age strata and by sex was not different among respondents and non-respondents; however, there was a significant difference in the following variables which characterized the non-respondents: they have a smaller average family size ($p < .001$), live in apartments ($p < .001$), live for a shorter time in the area ($p < 0.05$), and have a better family income ($p < 0.01$). There was no statistical difference in relation to the mortality and morbidity data. This community study has enabled the Community Health Service (CHS) to know the assisted population better and organize priority programs. The CHS was the most utilized service by the Conceição community, representing one third of the health resources of the area.