

MIGUEL IGNÁCIO TOBAR ACOSTA

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE EM MEMBROS DE UM GRUPO DE
FAMÍLIAS DO BAIRRO "JARDIM DOS OLIVEIRAS", MU-
NICÍPIO DE CAMPINAS, ESTADO DE SÃO PAULO

Comentários sobre aspectos metodológicos e téc-
nicos concernentes

I - TEXTOS

Tese de Doutorado

Departamento de Medicina Preventi-
va e Social, Faculdade de Ciências
Médicas, Universidade Estadual de
Campinas.

Campinas, 1972

AOS MEUS PAIS, IRMÃOS E FAMILIARES,

COM FRATERNAL SAUDADE.

A LEONIZIA E FILHOS,

ESTÍMULOS DE SEMPRE.

"Para a humanidade a grande fonte de miséria não se encontra no seu número, e sim nas suas imperfeições e na ausência de controle das condições em que vive. Sem deixar-nos perturbar com a problemática que apresentam as teorias sobre a vida, temos diante de nós uma tarefa bem definida: determinar, por observação, as origens da saúde e as causas diretas de morte para os dois sexos, em diferentes idades e nas mais variadas condições. A determinação exata dos males, constitui a primeira medida para remediá-los"

WILLIAM FARR, 1875,

apud BROCKINGTON (1964).

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Rubens Marillo Marques, orientador desta tese.

Aos amigos, doutores José Martins Filho, Darclê C. Garcia Camargo, assistente social Thelma Coary de Iracema Gomes e enfermeiras Leonizia Rosa Moura Toledo Tobar e Lais Florentino, que de maneira tão eficiente colaboraram na fase de levantamento de dados clínicos deste estudo.

Aos colegas, membros do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, doutores Anamaria Tambellini Arouca, Antônio Sérgio da Silva Arouca, Paulo de Camargo Ferraz e Roosevelt Moisés Smeke Cassorla; sociólogo Everardo Duarte Nunes e assistente social Gioconda Picarelli Russo, pelos oportunos conselhos e valiosa ajuda em diferentes etapas deste trabalho.

As doutoras Giselda Nogueira Oliveira Ribeiro e Maria Helena Mancussi, do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, coordenado pelo Professor José Aristodemo Pinotti, pela realização de exames ginecológicos.

Aos membros do Instituto de Matemática e Ciências da Computação da UNICAMP, senhora Olga Maria Z. Miranda, Professores Odelar Leite Linhares, José Carvalho, Gabriela Carvalho, Ângelo Barone Neto e senhor Aírton Luiz Bobbo, pelo subsídio na manipulação dos dados obtidos.

Ao General Carlos Coary de Iracema Gomes, pela paciente revisão do texto.

Ao Alcides Gomes Martins, pelo cuidadoso trabalho datilográfico.

À senhorita Wilma Próide e ao senhor Alfredo Furlan, pela alta qualidade dos desenhos.

À senhorita Maria Alves de Paula, pela ordenação bibliográfica.

Ao Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo e de Campinas; ao Laboratório e ao Banco de Sangue da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela execução dos exames complementares.

A todos expressamos o nosso sincero reconhecimento.

S U M Á R I O

I TEXTO

	Pág.
<u>I N T R O D U Ç Ã O</u>	1
<u>CAPÍTULO I - CONCEITOS BÁSICOS</u>	5
A - GENERALIDADES.	5
B - CONCEITUAÇÕES SOBRE SAÚDE.	6
C - CONCEITUAÇÕES SOBRE DOENÇA.	10
D - AVALIAÇÃO DA SAÚDE.	17
E - FONTES BIODEMOGRÁFICAS.	22
a. Levantamentos periódicos.	22
b. Levantamentos contínuos.	23
c. Levantamentos especiais ou ocasionais. Inquéritos de morbidade.	33
F - UNIDADES DE MORBIDADE.	41
 <u>CAPÍTULO II - DA LITERATURA SOBRE INQUÉRITOS DE MORBIDADE</u> - Forânea e Nacional.	 47
 <u>CAPÍTULO III - CASUÍSTICA E METODOLOGIA</u>	 70
A - CARACTERÍSTICAS DO INQUÉRITO.	70
B - OBJETIVOS.	70
C - ÁREA DO ESTUDO.	72
D - AMOSTRA.	72
E - PROTOCOLOS DE OBSERVAÇÃO. FORMULÁRIOS.	80
a. Observação Clínica.	80
b. Estudo da habitação.	80
F - DO LEVANTAMENTO.	81
G - CRITÉRIOS DE MENSURAÇÃO.	82
a. Generalidades.	82
b. Unidades de medida.	83
1 - Moradia.	83
2 - Família.	83

	Pág.
3 - Renda Mensal Familiar "per capita".	84
4 - Unidades de morbidade.	84
5 - Unidades de medida para a avaliação clínica. - Estado de Nutrição. Ingestão de bebidas alcoó- licas. Acuidade visual. Peso. Altura. Saúde oral. Bócio. Pressão arterial. Exame de Urina. Exame coproparasitológico. Coproculturas. He- moglobina e Hematócrito. Grupos Sangüíneos. Soroanticorpos. Reação à tuberculina. Lepromi- noreação.	88
6 - Registro de diagnósticos.	95
H - DIAGNÓSTICO.	95
a. Os danos.	96
1 - Magnitude.	96
2 - Transcendência.	96
3 - Vulnerabilidade.	96
b. A população.	97
c. O meio ambiente.	98
 CAPÍTULO IV - RESULTADOS.	99
A - DA CONVOCAÇÃO DAS FAMÍLIAS PARA OS EXAMES MÉDICOS. ..	99
B - INFORMAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO.	100
a. Características do ambiente.	100
1 - Da área estudada.	100
2 - Das habitações.	106
b. Características das famílias.	113
c. Avaliação do estado individual de saúde.	129
1 - Higiene pessoal.	129
2 - Alguns indicadores de saúde individual, obti- dos através do exame clínico e do laboratório.	134
2.1. Reação de Mantoux.	137
2.2. Unidades de Morbidade.	140
2.2.1. Prevalência Instantânea.	140
2.2.2. Incidência durante o período de um mês.	161
3 - Avaliação da morbidade de acordo com o concei- to de dano.	167
4 - Análise especial dos estados de saúde e de do- ença, através dos meios de percepção no diag- nóstico.	175

	Pág.
4.1. Avaliação global da saúde pelo paciente e pelo médico.	175
4.2. Avaliação da doença através da patogenicidade.	176
<u>CAPÍTULO V - INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS. .</u>	219
A - ASPECTOS METODOLÓGICOS.	219
a. Sobre os conceitos de saúde e de doença.	219
b. Sobre o conceito de morbidade.	220
c. Sobre as unidades de morbidade.	226
d. Atitudes das famílias frente ao inquérito de morbidade.	246
B - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.	248
a. Indicadores individuais de saúde.	248
1 - Taxas de morbidade.	248
2 - Prevalência da tuberculose através da prova de tuberculina.	250
b. Indicadores ambientais.	254
c. Os indicadores e o tamanho da amostra.	258
C - SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO.	259
Cerolário do diagnóstico.	259
<u>CONCLUSÕES.</u>	261
<u>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.</u>	265
<u>ÍNDICE DE TABELAS DO TEXTO.</u>	295
<u>ÍNDICE DE FIGURAS.</u>	301
<u>ÍNDICE DE GRÁFICOS.</u>	301
<u>ÍNDICE DE TABELAS DO APÊNDICE 4.</u>	304
<u>II APÊNDICES</u>	
APÊNDICE 1 - PROTOCOLOS DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA. FORMULÁRIOS.	1-26

	Pág.
APÊNDICE 2 - ESTUDO DA HABITAÇÃO. FORMULÁRIO.	1-6
APÊNDICE 3 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E POLÍTICA OPERACIONAL DA PESQUISA.	1-21
APÊNDICE 4 - TABELAS COMPLEMENTARES.	1-78

INTRODUÇÃO

Embora existam conhecimentos sobre as resultantes da doença (alterações da função e da forma), ainda não conseguiram chegar a um acordo sobre a sua definição, como tão pouco puderam conceituar o termo saúde. Paira grande incerteza sobre o limite onde uma começa e a outra termina.

Saúde e doença são palavras que representam valores diferentes para as pessoas em geral, segundo elas sejam pacientes ou não. Para os profissionais da saúde, entre eles o médico, e para os cientistas sociais em particular, a sua interpretação depende de toda uma gama de experiências anteriores e da percepção condicionada de acordo com a socialização de cada indivíduo. Desta forma, as diferenças de critério sobre o que é saúde e o que é doença são enormes, conforme sejam consideradas local ou regionalmente, dentro de um mesmo país ou entre diferentes países. Neste caso, então, a disparidade de conceitos torna-se extrema.

Os pesquisadores do campo biomédico ainda não conseguiram determinar parâmetros para estudos comparativos de saúde. Assim sendo, todo aquele, como nós que, desejando saber, se quantitativa ou qualitativamente um fato achado numa pesquisa corresponde a um padrão normal ou anormal, ver-se-á em dificuldades às vezes insuperáveis, pois não encontra pontos de referência que lhe permitam comparar seus resultados, não somente com estudos relativos a outros países, como especialmente com os do próprio país.

Isto é particularmente real para nós, latinoamericanos que, para podermos acompanhar o desenvolvimento da ciência médica, tivemos que dar um salto súbito, passando da simples semiotécnica dos sentidos para a utilização de aparelhos e técnicas complicados e altamente especializados. Já estamos pensando no exercício da medicina do ano dois mil, quando ainda desconhecemos, quase por completo, os fundamentos da nossa situação e problemas atuais, não só no que se refere ao exercício em

si, mas também aos da nossa própria natureza.

Compreendemos que o anteriormente exposto possa ser conseqüência do seguinte fato: "em biologia, o normal é algo além de uma média estatística mais ou menos fixa. O homem, como todos os seres vivos, está sendo constantemente submetido a variações, de tal forma que suas características anatômicas, fisiológicas, psicológicas e imunológicas não admitem modelo estático. Este é um atributo da vida" (SAN MARTIN, 1968).

Se no campo biológico o normal é algo difícil de ser determinado, tanto mais o será nos campos psicológico, social e cultural. Nestes então, a simples tentativa já constitui um desafio.

Seguindo esta linha de pensamento, participamos da idéia de RYLE (1948) expressada nos seguintes termos: "Já não acreditamos que as verdades médicas devam ser descobertas, única e exclusivamente, com o microscópio, o tubo de ensaio, a experimentação animal, o exame clínico e estudos patológicos cada vez mais complicados, à cabeceira do doente. Têm importância também os estudos psicológicos e ambientais. Toda a história da doença nas comunidades humanas, como nos indivíduos, está amadurecida para um estudo mais completo e exaustivo".

"O homem, como pessoa e como membro de uma família ou de grupos sociais muito mais amplos, com sua saúde e suas doenças intimamente ligadas às condições de vida e de trabalho - na casa, na mina, na fábrica, no comércio, no mar ou na terra, e com suas condições econômicas - durante todo este tempo tem sido inadequadamente considerado pelo clínico e pelo pesquisador do hospital, assim como, por um considerável número de especialistas em saúde pública" (HANLON, 1963).

A aceitação pura e simples das situações e dos fatos acima expostos sempre foi problemática para nós ao longo de duas décadas de exercício profissional. Por tal motivo traçamos uma linha de pesquisa voltada para o problema em questão. Esta pesquisa focaliza vários aspectos da saúde e da doença através de inquéritos realizados no Bairro Jardim dos Oliveiras (BJO)

do Município de Campinas, consistentes em:

- 1) Levantamento das condições demográfico-sanitárias.
- 2) Inquérito de morbidade e de recursos médico-assistenciais, através de interrogatório em visita domiciliar.
- 3) Diagnóstico do complexo saúde-doença, através da Avaliação Clínica.
- 4) Levantamento de mortalidade.

A primeira parte foi realizada em 1966, pelo Pessoal Docente e Técnico do Departamento de Medicina Preventiva e Social e pelos Estudantes dos três primeiros anos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. A segunda e terceira partes foram realizadas em 1968 e 1969, sobre grupos de famílias, casualmente selecionados. A quarta e última parte foi realizada sobre o universo da área em 1969.

Considerando o volume dos dados desta pesquisa, cuja análise e apresentação num só trabalho é impossível, decidimos para esta tese, expor a parte correspondente à Avaliação Clínica.

Ao realizar este trabalho, além de procurar pessoalmente uma melhor compreensão do assunto, propomo-nos:

Revisar e transcrever uma importante bibliografia sobre conceituação do tema em questão e por isso a ele dedicamos uma considerável parte do trabalho;

Verificar e comparar a validade das unidades de medida classicamente conhecidas com respeito ao estado de saúde tanto individual como ambiental;

Estabelecer uma nova forma de avaliar a morbidade a partir da informação fornecida pelo paciente, pelo médico ou pelo laboratório, ou pelo conjunto destes;

Aplicar pela primeira vez pelo menos no nosso meio, o conceito de "dano" (AHUMADA et alii, 1965) em estatísticas de morbidade;

Utilizar a prática dos exames clínicos em pessoas supostamente sadias como inigualável método para refinar a capaci

dade diagnóstica e adquirir uma consciência preventiva diante da imensa quantidade de patologia incipiente que somente através de um trabalho clínico desta natureza é possível evidenciar;

Testar as vantagens da avaliação clínica como método para medir o estado de saúde da comunidade; e

Contribuir dentro das devidas proporções à fixação de requisitos mínimos e prioridades no currículo de ensino médico, considerando o conhecimento adquirido sobre saúde e doença que outros setores da prática médica não fornecem.

Cônscoios das limitações do nosso trabalho, todavia o apresentamos para julgamento, pois pensamos que: "Todo aquele que luta com um problema em condições incertas e difíceis e sem conhecer a solução é um pesquisador... não existe diferença entre um médico que utiliza sua perícia no conhecimento das condições pouco satisfatórias das comunidades, e outro que dedica seu tempo ao microscópio eletrônico. A importância concedida ao laboratório é puramente artificial" (BRIDGE, 1965).

CAPÍTULO I

CONCEITOS BÁSICOS

A - GENERALIDADES

De há muito vem a mentalidade médica sendo formada com tendências para o manifestamente patológico. Tal fato se deve, talvez à comodidade com que raciocinamos sobre o que é facilmente perceptível. Estados de saúde ou de doença não manifestam, constituem fatos complexos de difícil compreensão. Daí nossa tendência, muitas vezes intencional de os deixar passar inadvertidos.

De uma taxa de mortalidade ou de morbilidade, interessa-nos o numerador, mesmo que quantitativamente ele seja desprezível. O fator denominador, que na maioria das vezes representa tanto os sadios, como os doentes inadvertidos, deixa de ter significado, pois não expressa problema sentido, embora assinala a evidência da necessidade de medidas de promoção e conservação da saúde ou medidas preventivas na evolução da doença.

Esta atitude, aliás injustificável, pode ter atenuantes se nos detivermos a considerar o que entendemos por "saúde" e por "doença", conceitos estes, álgida e continuamente usados, porém, sem uma configuração definida. Ainda mais, se procurarmos evidenciar a imprecisão existente nos limites destes dois estados e entre o subclínico e o francamente patogênico.

"O uso pródigo do conceito de saúde, contrasta com a ausência de uma definição clara de aceitação geral. A saúde pressupõe mente e corpo íntegros funcionando adequadamente; porém, quando intentamos introduzir precisão científica no conceito, defrontamo-nos de imediato com a necessidade de determinar a sua relação com a doença. Uma e outra estão intimamente relacionadas, suposto que, se não existisse a doença, não teria sentido falar em saúde. Intencionalmente contrapomos estes dois estados como se eles fôsssem lados de uma moeda - quando se apresenta um, o outro necessariamente está ausente" (BROCKINGTON, 1964).

Se a saúde estivesse somente constituída por uma condição de harmonia e equilíbrio perfeitos, tal como foi concebida por GALENO apud BROCKINGTON (1964) há oitocentos anos, então estaríamos elevando-a a um nível ideal que raramente é possível alcançar na vida. "Então, a doença apareceria quase que como universal e se conseguíssemos defini-la poderíamos talvez, por exclusão, determinar o que é saúde" (HUXLEY apud BROCKINGTON, 1964).

Estes fatos "exigem um esquema conceitual de referência, já que a ciência e a prática médicas são frutíferas se a teoria e a prática, a ciência e a prática, harmonizam-se e se a teoria deriva da prática e, por sua vez, a orienta" (SIGERIST apud MECHANIC, 1968).

Necessária se faz, pois, uma revisão do significado destes conceitos e, desde que o presente trabalho pretende estudar aspectos concernentes a tal assunto, nada melhor que procedermos a uma análise do mesmo. Tal conduta poderá inclusive justificar, em parte, as imperfeições deste estudo.

B - CONCEITUAÇÕES SOBRE SAÚDE

Ao longo do tempo e do espaço, a saúde (SAYEG, 1969), tem apresentado diferentes e variadas conotações. Para algumas sociedades primitivas - embora ainda hoje o conceito pouco ou nada tenha sido modificado em muitos grupamentos humanos - a saúde foi considerada como uma benção dos deuses, ao passo que a doença significava posse dos demônios. O homem conferiu desta maneira à saúde e à doença uma dimensão sobrenatural. O conceito de saúde sempre admitiu diferentes colocações, desde a condição individual decorrente da percepção humana de "sentir-se bem", a qual é eminentemente subjetiva e passível de ampla variação, até o conceito da adaptação que desde HIPOCRATES apud MECHANIC (1968) se concebeu como a condição de equilíbrio existente entre o organismo como um todo, seu meio interno e o meio externo.

Doença e saúde, todos pensamos ser estados antagônicos. Ao se perguntar porém, o que é estar com saúde ou es-

tar doente, e em que consiste equilíbrio e desequilíbrio, mencionam-se com dubiedade termos como: "vida", "bem-estar" e "saúde".

A vida, na aceção habitual do termo, "é a atividade funcional indispensável para a conservação dos seres orgânicos e, no caso do homem, também como entidade física, psíquica (intelectual, afetiva e moral) e social" (WLD. HLTH. ORG., 1957).

A saúde como é definida pela OMS, é "o estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença".

Ao empregarmos o termo "saúde", estamos emitindo um conceito relativo, geral e abstrato, para indicar um estado ou condição do organismo humano, ao qual corresponde um indispensável e adequado funcionamento de ordem genética e ambiental.

Este estado ou condição não se presta facilmente a uma delimitação objetiva, pois no que se refere ao bem-estar físico, podemos usar, com finalidade comparativa, numerosas avaliações. Porém, para estabelecer normas para o estudo do bem-estar psíquico, cuja importância se torna dia a dia mais evidente, não dispomos de critérios tão precisos.

A carência de bem-estar e a ameaça vital, para definir o estado antônimo da saúde mental, são critérios que segundo SCHNEIDER (1968), não podem ser aplicados dentro do campo da psicologia e da psiquiatria, pois muitos psicóticos não se encontram subjetivamente mal. Alguns inclusive encontram-se especialmente bem, e na base em que se apoiam as psicoses não existe nenhuma fundamental ameaça de vida.

Embora não podendo ser a saúde mental definida claramente, temos, no entanto, uma idéia do que ela significa. Já a expressão "bem-estar social" dá origem a sérias divergências de apreciação. Para alguns, "bem-estar social" confunde-se com recursos financeiros, renda nacional e outros fatores que, cumprindo certas condições, predisporiam à saúde.

Neste momento, uma discussão esclarecedora sobre

o tema exige uma distinção entre a saúde científica e culturalmente definida (MACLACHLAN, 1958). Saúde, de acordo com o conceito de valores, tem conotações diferentes, segundo se trate do médico, do indivíduo ou da coletividade.

"A saúde que os homens mais almejam não é, necessariamente, um estado no qual experimentem vigor físico e uma sensação de bem-estar, nem sequer, um estado que lhes proporcione longa vida; é, isso sim, a condição melhor adaptada para alcançar as metas que cada indivíduo formula para si. Habitualmente, estas metas não têm relação alguma com a necessidade biológica; às vezes, são a antítese da utilidade biológica. Com maior frequência a procura da saúde e da felicidade é guiada por urgências mais sociais que biológicas, e tão peculiares aos homens, que nem chegam a ter significado para outros seres vivos, por carecerem de importância para a sobrevivência do indivíduo ou da espécie.

"As satisfações que os homens mais anseiam e os sentimentos que mais profundamente ferem suas vidas, têm determinantes que não residem, em sua totalidade, na carne ou na razão, e que não podem ser explicados, completamente, pelas leis científicas" (DUBOS, 1966).

Como corolário do anteriormente expressado, é necessário que consideremos o estado de saúde sob o duplo ponto de vista do indivíduo e da coletividade (WLD. HLTH. ORG., 1957).

Sob o ponto de vista individual, talvez seja oportuno formular a seguinte pergunta: que pretende dizer um médico, quando ao examinar uma pessoa afirma encontrar-se esta em bom estado de saúde? Em termos gerais, estará querendo dizer que o organismo dessa pessoa funciona normalmente e que não há evidência de doença.

Dentro das limitações em que possivelmente foi praticado o exame, o médico constatou que os órgãos funcionavam sem afastar-se de maneira anormal de certos padrões ou módulos, aceitos para determinar constantes como pulso, temperatura, contagem globular, pressão arterial etc., e que as observações e-

fetgadas não excediam as margens da variabilidade tolerável, considerando-se o sexo e idade da pessoa, a coletividade a que pertencia e a região em que vivia. Além destas variáveis, o médico considerou outros muitos fatores de caráter secundário, que não se prestam facilmente para uma avaliação precisa, como presença de tremores nas mãos, sinais de fadiga expressos no rosto e que, embora escapando a qualquer determinação quantitativa, desempenham um papel de grande importância na apreciação do estado de saúde. O "olho clínico" do médico, fruto da sua experiência, influi, de maneira considerável na opinião que ele forma de cada caso.

Outro aspecto da questão individual é o fato de ter cada órgão sua própria função, a qual desempenha em benefício de todo o organismo e que, quando não mantida dentro de certos limites, provoca irregularidades no funcionamento somático. Evidencia-se assim a relação entre cada órgão e todos os demais e entre as suas respectivas funções no conjunto do organismo. Em outras palavras, a noção de saúde pode ser aplicada, tanto ao conjunto do organismo, como a cada uma das suas partes, ou à harmonia das suas respectivas funções, o que implica no conceito de homeostase.

Se o conceito de homeostase aplicado ao organismo humano não deixa margem a confusões, quando aplicado ao funcionamento social, não deixa de ser mais que uma explicação aventureira.

Ao se tratar de definir o que é estado de saúde, a OMS (WLD. HLTH. ORG., 1957) afirma que, dada a complexidade do tema, não é clara tal delimitação, sem que antes haja um profundo estudo sob numerosos aspectos, os quais exigem múltiplos conhecimentos, na atualidade inexistentes.

Continuando, a OMS expressa que, entre outras coisas, no estado de saúde influi a maneira de viver das pessoas, a qual variando muito de um lugar para outro do mundo, redundando na impossibilidade de se encontrar uma definição comum a todos os povos, inclusive aos habitantes de uma mesma região.

Dentro desta ambigüidade é possível ter defini-

ções sobre saúde tão simplistas como a de FUBIE apud LAIN ENTRAIGO (1970) que diz: "saúde é um estado raro que apesar de tudo, não é um estado patológico", ou tão complexas como a que enunciamos a seguir, que a define como "um estado de funcionamento fisiológico e psicológico efetivo total, tendo um significado, tanto relativo como absoluto, que varia através do tempo e do espaço, bem seja no indivíduo como no grupo; sendo ademais, o resultado da combinação de muitas forças, intrínsecas, herdadas e adquiridas, individuais e coletivas, públicas e privadas, médicas, ambientais e sociais, condicionada pela cultura e a economia, pela lei e pelo governo" (HANLON, 1963).

Do anteriormente exposto, podemos dividir as conceituações sobre saúde em dois grupos (WYLIE, 1970): No primeiro grupo teríamos aquelas definições como a da Organização Mundial da Saúde nas quais a saúde é considerada perfeita como um ideal projetado no horizonte que pode ser vislumbrado; porém, as metas propostas são inatingíveis. No segundo grupo, teríamos as conceituações de saúde relativa, como é o caso da concepção ecológica, que ainda podem ser consideradas não satisfatórias, pois a saúde está na dependência do marco representado pela doença, cuja presença ou ausência determinarão reciprocamente a presença ou ausência da saúde.

GALENO apud BROCKINGTON (1964) referindo-se às dificuldades para definir saúde dizia: "Quem fale que somente são sadios os indivíduos cujo funcionamento orgânico é integralmente perfeito e o deixam de estar quando o seu organismo funciona menos bem, tem que saber que está minando as bases da higiene".

C - CONCEITUAÇÕES SOBRE DOENÇA

CLEMENTS apud LAIN ENTRAIGO (1970) pensa que três têm sido as principais interpretações do fenômeno morboso no período pré-científico ou pré-nosológico da humanidade: a doença era considerada como uma perda ou evasão da alma do paciente, como a penetração mágica de um objeto dentro do corpo deste, ou como a possessão do homem pelos espíritos malignos.

Originalmente segundo LETAMENDI apud LAIN ENTRAIGO

(1970), a doença recebia diferentes conotações: dano ou mal (nos morbius), deficiência ou fraqueza (asthenia, infirmitas) e sofrimento (pathos, passio, dolentia).

A doença foi concebida cientificamente 500 anos antes de Cristo, por ALCMENON DE CROTONA apud LAIN ENTRALGO (1970) que considerava ser ela proveniente de uma desordem da natureza ou "physis" do homem afetado e consistia numa qualidade fisiológica sobre a sua correspondente antagônica: o quente sobre o frio, o seco sobre o úmido e vice-versa etc.. Esta idéia foi fundamental para os médicos hipocráticos que conceituavam sobre a existência de uma desordem dos humores (dyskrasia), ou uma alteração do fluxo do "neuma" através dos poros (dysrroia).

GALENO apud LAIN ENTRALGO (1970), no século II depois de Cristo, resume o pensamento grego, definindo doença como predisposição natural do corpo, devido à qual as funções vitais padecem. Seria uma afecção passiva (pathos) da atividade vital produzida imediatamente por desordem instantânea da natureza individual, e mediatamente por uma "causa externa" ou primitiva (esfriamento, veneno) que, atuando sobre o indivíduo sensível ou predisposto ("causa dispositiva" ou "interna"), determina no corpo uma alteração anátomo-fisiológica anormal e mais ou menos localizada ("causa continente" ou "conjunta").

A doença tem tido através do tempo variadas interpretações (LAIN ENTRALGO, 1970). No fim do século XV e começo do XVI, PARACELSO, VAN HELMONT e JAHN, criaram a idéia de que doença seria um parasita invisível dentro do organismo, concepção esta denominada de Ontologismo Nosológico. SYDENHAM no século XVII concebe a doença como o esforço que o organismo faz para liberar-se por todos os meios da "matéria mórbida", procurando a saúde por todos os recursos. Esta concepção denominou-se de Reativismo. MORGAGNI, BICHAT, LAENNEC, ROKITANSKY e CHARCOT, no século XVIII desenvolvem a mentalidade anátomo-clínica pensando que a essência da doença se encontrava no padecimento celular. MULLER, CLAUDE BERNARD, TRAUBE, FRERICHS e NAUNYN, durante o século XIX, cultuam a tendência fisiopatológica que concentra sua atenção na física e na química para explicar a doença.

Em meados do século passado PASTEUR, KOCH e KLEBS, baseados na microbiologia e na toxicologia acharam que a "causa externa" era importante para explicar os diferentes aspectos das doenças. PENDE e VIOLA, no começo do presente século, criam o conceito de Patologia Constitucional, atualizando a teoria dos temperamentos, valorizando de novo a constituição individual natural dos doentes para explicar as diferentes doenças. FREUD, KREHL e WEIZSACKER, durante as primeiras décadas deste século, explicam a doença através dos pontos de vista da gênese, configuração e estrutura do homem com sua maneira peculiar de vida. Consideram a condição humana como a resultante e por vezes a causa da doença, ficando desta forma o homem configurado no complexo da saúde e da doença, motivo pelo qual esta tendência tem sido denominada Antropológica.

A ciência moderna considera o homem como um organismo muito sensível que vive num ambiente complexo influenciado por ele favorável ou desfavoravelmente e cuja existência e saúde dependem da capacidade dele se adaptar aos múltiplos fatores físicos, biológicos e sociais. A civilização tem modificado muitos fatores do ambiente externo em forma favorável, porém, também tem ocasionado conflitos de adaptação em relação especialmente com a vida social. Os defeitos da organização social humana condicionam muitos problemas de saúde do homem. As diferenças econômicas e culturais entre os grupos sociais figuram como a grande causa da patologia social. A sociologia tem demonstrado que as contradições culturais na sociedade ocasionam conflitos psicológicos nos indivíduos, sendo fontes de desordem mentais. A sociedade e os grupos sociais influem intensamente na conduta do homem e em consequência nos estados de saúde e de doença (SAN MARTIN, 1968). Esta linha de pensamento leva-nos a interpretar a doença como um acidente pouco feliz que aparece como consequência do conflito entre espécies e do choque dos organismos com o meio ambiente (WYLIE, 1970; BESSON, 1967; ARMIJO, 1964). É esta a concepção ecológica da doença, divulgada recentemente na década imediatamente anterior à atual.

De acordo com a tendência pois, é possível res-

tringir a definição de doença, a uma condição do corpo ou de alguns de seus órgãos ou de suas partes no qual as funções de encontram alteradas ou perturbadas (BROCKINGTON, 1964). De acordo com esta acepção, em primeiro lugar, seriam aceitas aquelas condições patológicas verificáveis clinicamente e representadas pelas peças de um museu de anatomia patológica, condições resultantes de infecções, ação de tóxicos, processos degenerativos e de acidentes. Em segundo lugar, poderiam ser consideradas também as condições subclínicas que não são percebidas pelas pessoas e que somente são possíveis de se revelar através de métodos e técnicas especiais. Em terceiro lugar, poderíamos admitir a simples ausência de reservas fisiológicas que em linguagem comum denominam-se de "saúde precária".

As anteriores considerações pressupõem mudanças somáticas. No entanto, ainda existem condições em que as perturbações antecedem à alteração homeostática. São transtornos psicológicos ou sociais que apesar de serem tolerados fisicamente, chegam a deformar a conduta num grau tal, que podem ser considerados como doenças. "Neste caso trata-se de um fenômeno, no qual os neurônios estão sadios, porém, ordenados de maneira socialmente indesejável". Desta forma, à maré crescente de doentes se adicionam os indivíduos inadaptáveis à estrutura social os quais estão representados pelas pessoas solitárias, crianças delinqüentes, inadaptados ao trabalho, mães-problema, neuróticos, os que acreditam estar doentes e acusam sintomas para fugir de situações desagradáveis e os que fracassam nas relações interpessoais (BROCKINGTON, 1964).

É possível considerar como doença as perturbações ou a diminuição do vigor como consequência da velhice que acarretam problemas, porém, não se incluem como tal por serem fenômenos da evolução natural.

Os conceitos de saúde e doença têm como ponto de partida a "normalidade". A saúde segue os padrões de normalida-

de, a doença deles se afasta; no entanto a super-normalidade não é doença: um gênio, um herói ou um campeão não são doentes, ainda que se afastem consideravelmente da normalidade da espécie humana (LAIN ENTRALGO, 1970). Resta por definir então o que entendemos por padrão de normalidade.

Se o conceito de padrão normal em biologia é de uma variabilidade acentuada, tratando-se de padrão sócio-cultural esta variabilidade é extrema. Aqui reside a problemática que tem levado os cientistas médicos a envolverem-se em grandes controvérsias, numa tentativa para alcançar uma definição satisfatória de doença e para classificar estados e condições corporais como patológicos ou não. Historiadores médicos mostram que as definições e categorias de doença mudam de século para século e as classificações dependem da filosofia da época, bem como do conhecimento disponível sobre o corpo humano. "O que a doença é, constitui, sem dúvida alguma, uma conclusão ultrapassada" (BLUM, 1960).

Os médicos usam o conceito de doença, tanto como uma hipótese médica quanto um conceito social, e é este duplo emprêgo do termo que cria as compreensões e trôneas (MECHINIC, 1968). Por isto não podemos pretender que o cidadão comum tenha uma noção clara do que seja uma doença ou do que a provoca, nem pretendemos que dois indivíduos concordem plenamente sobre este particular.

É assim que a definição de doença por parte do paciente não é estereotipada. É um tipo de auto-apreciação influenciada por fatores sociais, psicológicos e biológicos (BLUM, 1960).

Três determinantes segundo as origens, as causas e os antecedentes contribuem para as definições variáveis que as pessoas têm da doença. São eles: cultura, classe sócio-econômica e personalidade individual.

Cada interpretação do significado dos vários estados corporais é um dado cultural, e o indivíduo deve edificar sua própria filosofia, selecionando crenças que são mais apro-

priadas à sua vida. O processo de seleção dificilmente é consciente ou racional. É um processo de absorção das crenças prevalentes da família, dos amigos e vizinhos, modificado pela instrução institucional oferecida pela escola e pela igreja e ao qual é dada uma forma individual pela personalidade particular do indivíduo. O produto final, a crença do indivíduo sobre o que é a doença e como ela é causada ou curada, é extraído da sua bagagem cultural e distribuído através dos canais sociais (família, escola e grupo), e está especialmente adequado às exigências psicológicas e de situação de vida do indivíduo.

KOOS and BLUM (1960), analisa como a definição da doença e escolha do tratamento a ser empregado diferem entre as classes sociais baixa, média e alta.

Por outro lado, a definição da doença pelo povo, em geral, e pelo médico em particular, pode diferir dramaticamente. A classe social é um dos principais fatores associados a essas diferenças. O trabalho de KOOS, mostra especialmente, como as pessoas de classe baixa inclinam-se menos a definir doença, da mesma maneira como o fazem os médicos.

Por último, as diferenças entre indivíduos em suas atitudes quanto ao corpo e em sua presteza para interpretar a doença, dependerão de variações psicológicas de personalidade e relacionam-se com a situação.

Sendo a personalidade o resultado de fatores constitucionais (hereditários e biológicos) e ambientais (experiência de vida aprendida), inclui fatores tais como inteligência, motivação, atitudes e pensamentos, conscientes ou inconscientes.

Considerando a influência que a personalidade tem na definição da doença devemos nos lembrar de que o homem nem sempre se comporta como criatura sensível ou racional; que algumas vezes nem mesmo sabe o que está fazendo; e que dificilmente se prova ou se reconhece que o comportamento humano é determinado, isto é, que esse comportamento determinado é o resultado de condições antecedentes consideradas como potencialmente conhecí-

veis. Como consequência, o comportamento humano é predizível, na mesma extensão que seus determinantes são conhecidos.

Uma pesquisa sobre percepção e definição da doença (MECHANIC & VOLKART, 1960), enuncia como de singular importância para esta percepção e definição quatro dimensões por parte das pessoas:

- 1) A freqüência com que a doença ocorre numa determinada população, isto é, seu caráter de ser comum.
- 2) A relativa familiaridade dos sintomas para o membro médio do grupo.
- 3) A relativa predizibilidade dos resultados da doença.
- 4) A quantidade de ameaça e perda que provavelmente resultará da doença.

As duas primeiras referem-se ao "reconhecimento da doença", as duas últimas ao problema do "perigo da doença". Quando uma determinada sintomatologia ocorre menos freqüentemente na população é mais difícil de ser reconhecida, e é provável que exista um sentido maior de urgência e preocupação quando seu perigo é percebido.

Tendo em conta a percepção da doença, o médico adota um critério baseado na sua gravidade, critério que geralmente compreende os fatores antes enunciados. A relativa gravidade com que se manifestam os processos, pode ser expressada graficamente em forma de um espectro, da mesma forma que se expressam comprimentos de onda da luz, no espectro luminoso que todos conhecemos (ANDERSON, 1965). Se é fácil observar que as cores variam de um extremo a outro nas respectivas faixas do espectro, porém, é difícil determinar exatamente quando uma cor se converte em outra. No "espectro infeccioso", por exemplo, a situação é semelhante (Figuras 1 e 2). Num extremo estão os casos mortais; no outro, os casos ligeiros que nem sempre podem ser manifestados por meios clínicos e que, unicamente, podem diagnosticar-se por procedimentos de laboratório (bacteriológicos e sorológicos, por exemplo). Os casos graves imperceptivelmente vão

se diluindo nos casos moderadamente graves, e estes por sua vez, nos casos leves. A diferença de magnitude e intensidade de forças que geram a doença em geral, e em particular a infecção e a resistência por parte do organismo, determinam o lugar que o processo ocupará neste espectro num determinado momento da sua evolução.

Dentro desta perspectiva, quando lemos a descrição clássica ou convencional de uma doença, esquecemo-nos com facilidade de que esta descrição não é mais do que uma esquematização dos sintomas e dos achados que podem comumente apresentar-se num caso moderadamente grave. Temos também a impressão de que o processo é uma entidade claramente determinada, e que a pessoa ou está doente, ou não o está absolutamente.

Muitos médicos pressupõem, demasiadamente rápido que uma doença não existe, simplesmente porque os sintomas descritos nos livros de texto não estão completos na metade dos casos graves. Frequentemente estão ausentes, pelo menos, na metade das formas leves e faltam por completo na zona de doença não perceptível.

Este importante conceito da percepção da doença pelo clínico tem sido denominado de "horizonte clínico" (LEAVEL & CLARK, 1965), "nível de manifestação clínica" (ZHDANOV, S. d. p.) "nível clínico" simplesmente, dentro da concepção de manifestação da doença como um "iceberg clínico" (LAST & ADELAIDE, 1963; RUDEMAN, 1966).

D - AVALIAÇÃO DA SAÚDE

"Muito necessitamos de uma definição daquilo que tratamos de medir e registrar, assim como de uma escala para medi-lo" (SWAROOP, 1964). "Se a saúde existe ela deverá ser medida", ousa enunciar KELVIN apud WYLIE (1970), porém, reconhecendo que a saúde não é uma quantidade absoluta e sim um conceito valorativo (BROCKINGTON, 1964), torna-se difícil avaliá-la porque "não sabendo como alcançá-lo numericamente nem sequer num indivíduo, tanto menos alcançá-lo-emos numa comunidade" (SWAROOP, 1964).

Segundo a OMS (WLD. HLTH. ORG., 1957) a mensuração da saúde somente será possível após amadurecida reflexão e estudos coordenados entre ramos do saber tão extensos como a saúde pública, a economia, a sociologia, a psicologia, a estatística etc..

Para estudar o nível de vida e de saúde de uma coletividade, as Nações Unidas propõem o estudo de múltiplos fatores (DAVIDSON, 1955) entre os quais citam-se: condições demográficas, alimentação e nutrição, educação, com inclusão de alfabetização e ensino técnico, condições de trabalho, situação em matéria de empregos, consumo e economia globais, transporte, moradia, com inclusão de instalações domésticas, vestuário, recreação e lazer, segurança social e liberdades humanas. O fator sanitário participa em maior ou menor grau destes aspectos. Necessário e conveniente se torna o estudo da família para a determinação das verdadeiras condições de vida.

As estatísticas demográficas, as informações epidemiológicas, e em menor grau, os dados obtidos em inquéritos especiais e certos métodos de estudo de avaliação das atividades de saúde pública, aos quais o especialista em saúde commente recorre, não são indicadores satisfatórios do estado de saúde na forma como é definida pela OMS (WLD. HLTH. ORG., 1957). Esta falta de conhecimento pode graficamente, ser ilustrada na Figura 3, onde o círculo maior (em branco) deixa em descoberto a nossa ignorância a respeito.

Para obter as informações necessárias a fim de medir o estado de saúde de uma coletividade o pesquisador encontra insuperáveis dificuldades, pois nem todos os dados podem ser obtidos simultaneamente e, quando existem, são insuficientes e de inferior qualidade, o que acarreta uma visão incompleta do problema. Esta situação é crítica, até mesmo em países com tradição administrativa e bom grau de desenvolvimento, como é o caso da maioria dos países europeus, "onde o nível das populações somente pode ser avaliado tomando-se como base as estatísticas sanitárias disponíveis, e que por desventura, são muito heterogêneas e fragmentárias, não permitindo efetuar comparações ou

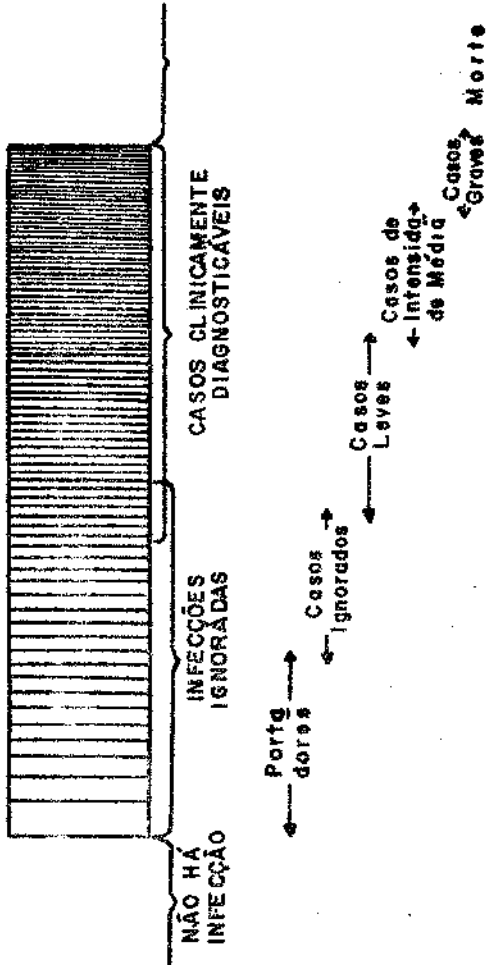


FIGURA 1 - ESPECTRO DA DOENÇA
(ANDERSON, 1968)

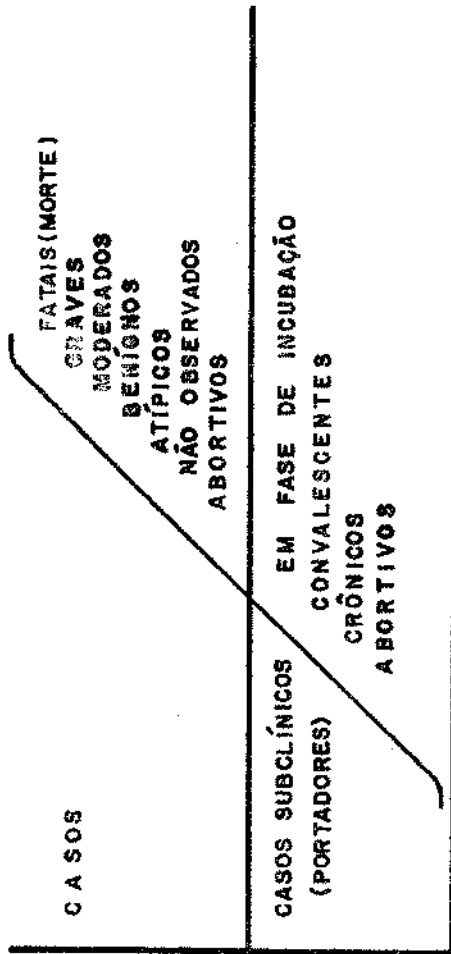


FIGURA 2 - ESPECTRO DA DOENÇA (dos portadores fúgazes nos casos fatais).

(OPS, 1964 b)

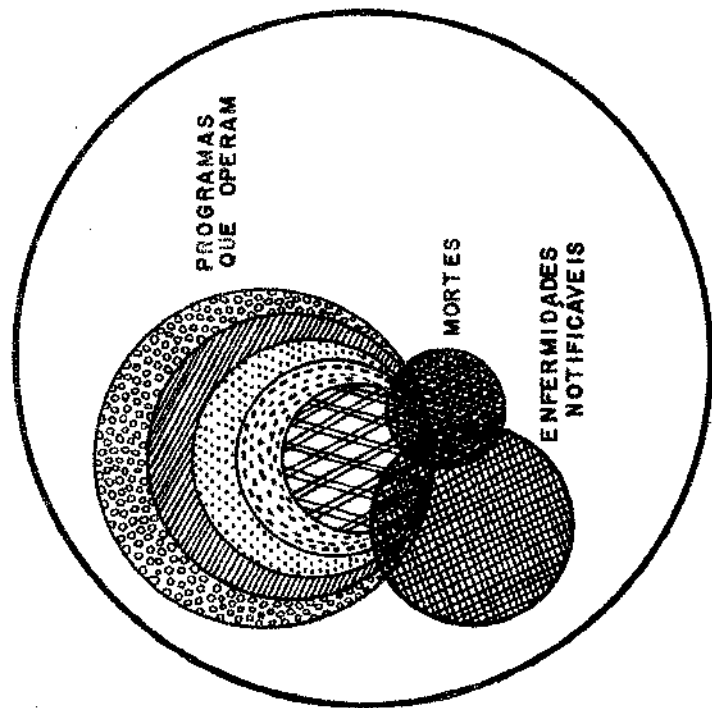


FIGURA 3 - CONHECIMENTO DO ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DAS POPULAÇÕES.

(SWAROOP, 1964)

análises detalhadas" (WEBER, 1967).

Ante a problemática exposta e tratando de simplificar, é possível aceitar o conceito do mau funcionamento do organismo como medida indireta de saúde, pois o exame funcional serve de base para uma avaliação da atividade orgânica e o mau funcionamento pode ser expressão desta disfunção (WLD. HLTH. ORG., 1957).

No entanto, a fundamentação da avaliação da saúde através de um estado somático real, suscetível de observar e de medir, pode também ser aceita como medida direta. Somente será considerada como medida indireta quando o exame funcional servir de base para uma avaliação da atividade orgânica, desde que neste caso o mau funcionamento seja certamente um elemento negativo da apreciação.

As noções de "saúde em sentido positivo" e "saúde em sentido negativo", levam a um raciocínio semelhante. Desta maneira, o conceito "medida indireta" pode ser aplicado, num sentido mais restrito, aos módulos ou médias gerais que servem para dar uma idéia do estado de saúde (taxas de mortalidade, por exemplo) e às atividades ou às condições materiais que a favorecem (existência de água potável, vacinações, etc.), pois estas não são consideradas verdadeiros índices de saúde e sim possibilidade de proteção da mesma. Quando se procuram medidas "diretas" ou "positivas" de saúde convém refletir sobre as diferentes acepções que podem ter esses termos e avaliar qual delas deve ser usada. É evidente que o problema abordado merece maiores estudos tanto do ponto de vista teórico quanto prático.

As conjecturas com respeito à saúde e as tentativas para sujeitá-la à mensuração terminam, quase que invariavelmente, numa referência de taxas de mortalidade. Embora não seja a mortalidade considerada como índice de saúde, a experiência tem demonstrado que existe entre ambos os termos uma correspondência quantitativa que, para determinados valores de um, permite geralmente inferir certos valores de outro. Se as taxas de mortalidade infantil e suas variações servem para avaliar com bas-

tante precisão numerosos aspectos das condições sanitárias gerais, o mesmo não ocorre com a mortalidade geral, cuja considerável diminuição nos países ocidentais no transcurso das últimas décadas corresponde sobretudo à sobrevivência de maiores de idade, não sendo proporcionalmente acompanhada da melhoria no estado de saúde da população. Nestes termos, o problema da saúde não se limita a "ganhar anos de vida", mas consiste em "melhorar a vida durante os anos ganhos".

Para caracterizar o estado de saúde nos termos até aqui expostos, a OMS (WHD. HEALTH. ORG., 1957) apresenta a seguinte classificação de "indicadores de saúde":

- 1) Os que se referem ao estado de saúde das pessoas e dos grupos de população que vivem numa região determinada (estatísticas demográficas, de nutrição, etc.).
- 2) Os que se referem às condições do meio e que podem influir de maneira mais ou menos direta sobre o estado de saúde de uma região.
- 3) Os que se referem às atividades e aos serviços de saúde pública que têm por objetivo melhorar as condições sanitárias (disponibilidade de hospitais, médicos e pessoal de saúde de outras categorias, assim como a utilização que deles se faz).

Estes indicadores, podem se referir a um indivíduo, a uma família, a uma ou várias regiões, inclusive a toda a população de um país.

Quando se referem a um indivíduo, seu estudo denomina-se "microanalítico"; quando, a um grupo ou uma coletividade, denomina-se "macroanalítico". A maioria dos indicadores correspondem a estudos deste último tipo, baseados em estatísticas disponíveis. Destacam-se os seguintes:

- 1) Indicadores gerais: Taxas de Mortalidade Proporcional. Esperança de Vida ao Nascer. Taxa Bruta de Mortalidade.
- 2) Indicadores Específicos: Mortalidade Infantil. Mortes por Doenças Transmissíveis. Relativos aos Serviços e Atividades de Saúde Pública.

- 3) Novos Indicadores que devem ser estudados: Morbidade, Nutrição, Saúde Mental, Fatores do Meio Ambiente, Serviços Sanitários e Fatores Sociais que influem na Saúde.

A utilidade do conhecimento destes Indicadores (SWAROOP, 1964), refere-se às respostas para as seguintes questões:

- 1) Quantas pessoas sofrem de doenças especiais, com que frequência e por quanto tempo?
- 2) Qual é a demanda destas doenças sobre os Serviços Médicos de Saúde Pública e que perda financeira ocasionam?
- 3) Qual é a letalidade destas diversas doenças?
- 4) Em que amplitude se faz prevenção contra estas doenças nas atividades normais de Saúde Pública?
- 5) Qual é a distribuição destas doenças nos diversos estratos da população, segundo a idade, sexo, grupo étnico, ocupação e lugar de residência?
- 6) Qual é a variação, no tempo, dos fatores anteriormente mencionados?
- 7) Qual é o efeito da Atenção Médica e dos Serviços de Saúde Pública sobre a incidência e o controle das doenças?

E - FONTES BIODEMOGRÁFICAS

As fontes de dados para o conhecimento dos Indicadores de Saúde antes enumerados são de diversas ordens. Estes dados, são obtidos através de métodos que se denominam "levantamentos", e podem ser classificados da seguinte forma: Periódicos, Contínuos e Ocasionais (BERQUÓ & MILANESI, 1965).

a. Levantamentos Periódicos:

São realizados, como seu próprio nome indica, a intervalos iguais de tempo. Dentre estes, assume particular importância o Recenseamento, cuja finalidade é a enumeração direta, geral, imediata e simultânea, dos habitantes de determinada região (BERQUÓ & MILANESI, 1965).

Os dados obtidos no Recenseamento são geralmente merecedores de confiança, considerando-se o esforço que geralmente cada país faz para a realização periódica da contabilização humana e de recursos. Tem a limitação de ser um levantamento feito cada dez anos, e sua publicação posta a serviço dos interessados e do público, praticamente às vésperas do seguinte Recenseamento, quando seguramente já se processaram mudanças, por vezes consideráveis, nas populações e nos fatos medidos.

São ainda de capital importância os dados fornecidos pelo Recenseamento, para o cálculo de taxas, pois eles nos permitem supor qual a população, sujeita ao risco de um evento qualquer.

b. Levantamentos Contínuos:

São aqueles feitos de maneira ininterrupta, em forma de registro de fatos vitais como doença (morbidade), óbitos (mortalidade), nascimentos, casamentos, imigração e emigração e cujo fundamento é a anotação do acontecimento, quando, como, e onde ele se produz (BERQUÓ & MILANESI, 1965).

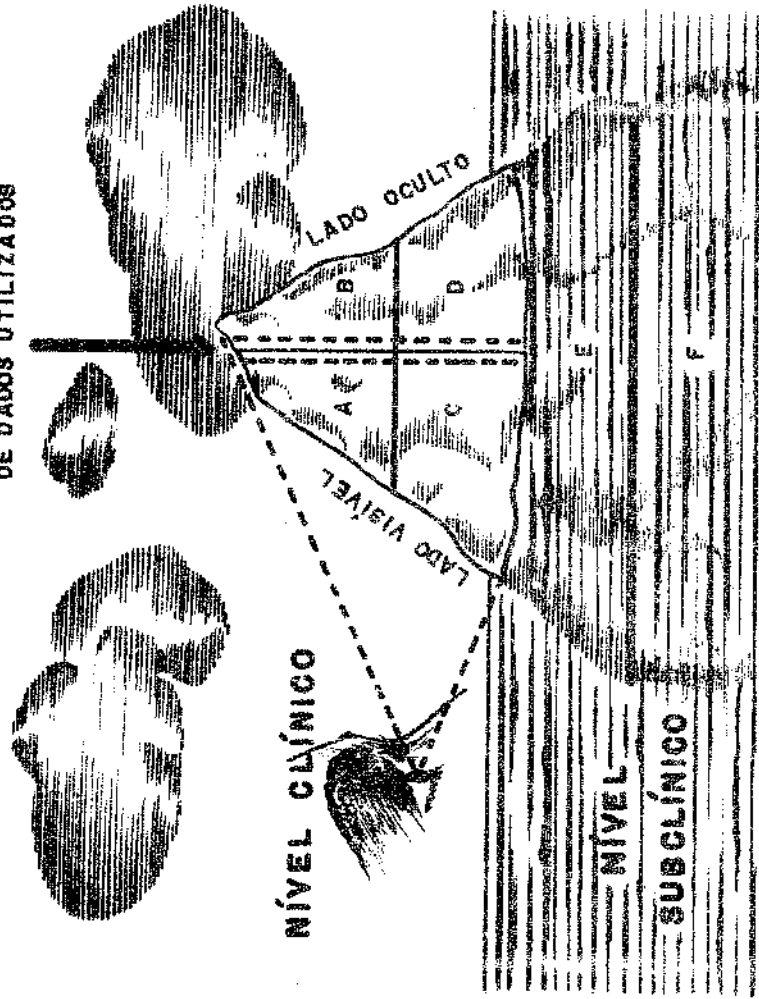
A seguir referir-nos-emos aos tipos de levantamentos contínuos que diretamente interessam ao presente trabalho.

Registro de Morbidade e de Mortalidade:

Os dados sobre doença ou morte devem ser registrados continuamente pelos correspondentes Órgãos Oficiais encarregados de coletar as informações fornecidas obrigatoriamente por Médicos e Instituições Médicas e Assistenciais, através da Notificação ou do Atestado de Óbito. Estes dados e a forma como eles se originam são analisados nas Figuras 4 e 5. A parte emergente desta figura, o "iceberg clínico", captada pela perspectiva visual do observador (o médico) representaria os quadros de fácil evidência clínica enquanto que a parte submersa representaria os casos subclínicos e de difícil diagnóstico.

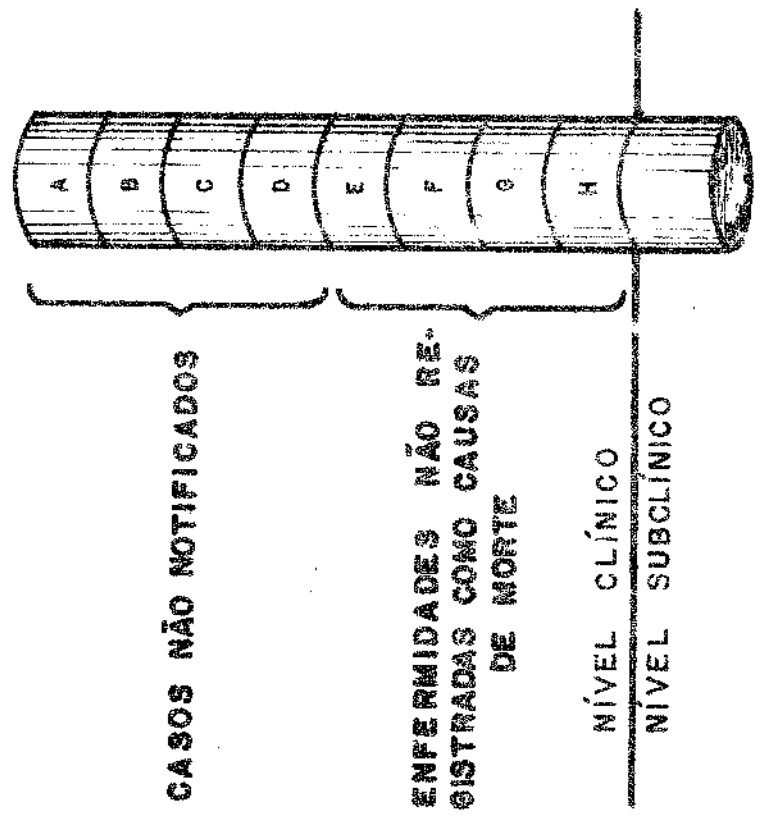
A face emergente, não visível ao observador, estaria expressando aqueles casos de doença não notificados por omissão do médico ou da instituição assistencial, seja por des-

"ZONA INTERMEDIÁRIA"
DETERMINADA PELOS
LIMITES DE CONFIANÇA
DE DADOS UTILIZADOS



- A - CASOS NOTIFICADOS.
- B - CASOS NÃO NOTIFICADOS.
- C - ENFERMIDADES REGISTRADAS COMO CAUSA DE MORTE.
- D - ENFERMIDADES NÃO REGISTRADAS COMO CAUSA DE MORTE.
- E - CASOS QUE PODIAM SER DIAGNOSTICADOS MEDIANTE PROCEDIMENTOS EXAUSTIVOS.
- F - CASOS QUE SÓ PODIAM SER DIAGNOSTICADOS MEDIANTE AUTÓPSIA.

FIGURA 4 - O "ICEBERG CLÍNICO"
(RUDERMAN, 1966)



- A - O MÉDICO NÃO NOTIFICOU.
- B - A INSTITUIÇÃO NÃO NOTIFICOU.
- C - O PACIENTE NÃO PROCUROU AS -
SISTÊNCIA.
- D - NÃO HÁ FACILIDADES ASSISTEN -
CIAIS.
- E - DIAGNÓSTICO MÉDICO INCORRETO.
- F - FALTA DE CERTIFICAÇÃO MÉDICA.
- G - INUMERAÇÃO CLANDESTINA.
- H - NÃO HÁ REGISTRO DE MORTES.

FIGURA 5 - FACE OCULTA DO "ICEBERG CLÍNICO"
(RUDERMAN, 1966)

conhecimento do diagnóstico ou por ignorância ou desleixo no preenchimento de atestados de óbitos, na notificação das doenças, e à inexistência de recursos médicos, à ausência do órgão registrador e, até mesmo à inumação clandestina.

A parte submersa estaria representando aqueles casos que por exigirem condições especiais de diagnóstico, que demandam recursos e técnicas adequados, somente são possíveis nos grandes centros e nem sempre acessíveis a todas as pessoas.

Sendo a mortalidade fato importante no qual hoje nos baseamos para avaliar o estado de saúde das populações (RAMOS, 1962), para a aceitação e interpretação dos dados providos do atestado de óbito devemos ter em conta diversos fatores. Na grande maioria dos países, especialmente nos da América Latina, o registro de óbito é incompleto, e naqueles onde a informação existe, as omissões se apresentam com muita frequência particularmente na zona rural. Deste modo é provável que a mortalidade seja bem superior à referida nas estatísticas publicadas (OPS, 1966a, 1970a).

O estudo Interamericano de Mortalidade (PUFFER & GRIFFITH, 1968) revela que dos 43.298 atestados de óbito estudados, somente 49,0% ocorreram em hospitais; 54,8% tinham recebido atendimento médico em hospital e 2,2% fora do hospital. Houve comprovação por necrópsia em 30,6% dos mortos, sendo que destas, 85,3% tratava de acidentes, envenenamento ou violência e tão somente em 14,7%, se comprovou morte natural.

Utilizando o material de análise do estudo Interamericano de Mortalidade na Cidade de São Paulo (MILANESI & LAURENTI, 1964) foi comprovado que apenas seis de cada cem atestados de óbito eram corretos e estavam integralmente preenchidos. A falta de comprovação pelos exames complementares foi de 71,1% em 1962 e de 72,2% em 1963. O item "outros estados mórbidos" foi preenchido em 12,7% em 1962 e 13,3% em 1963. Não houve menção de causa básica de morte em 35,2% dos atestados em 1962 e em 28,7% em 1963. A aparente melhoria da informação, referida de um para outro ano nos itens mencionados, não foi estatisticamente significativa.

MURPHY & DUNN apud BARQUÉ & MILANESI (1965), DUNN apud PASCUA (1965) na terceira década deste século compilaram 1.032 casos, cada um contendo de um a cinco causas de morte, juntamente com outras informações relevantes para o caso, e os submeteram à interpretação e classificação de agências especializadas de vários países. Destes, responderam 18, incluindo os Estados Unidos, sede do estudo. Encontraram uma concordância que oscilou entre 11% para algumas categorias e entre 90% a 100% para outras, como câncer, úlcera péptica e doenças da tireóide.

Nos dados sobre mortalidade infantil também encontramos problemas, especialmente se considerarmos o registro de nascimento. No Brasil, em certas épocas, a julgar pelos registros existentes, o número de óbitos em crianças com menos de um ano de vida é maior que o de nascidos; em muitas regiões o número de crianças batizadas é maior que o número de crianças nascidas e registradas (BARQUÉ & MILANESI, 1965).

Na Colômbia os registros de nascimento chegam somente a 62,2% em todo o país, oscilando entre 85,2% na capital e em 33,1% na Região Atlântica (ESTUDIO RECURSOS HUMANOS, 1960).

A omissão no registro de nascimento tem variado no Chile com o decorrer do tempo (BERM, 1962). Assim em 1952 esta omissão oscilava entre 12% e 15% e em 1960 era de 10%. Como consequência, as taxas não corrigidas de Mortalidade Infantil tinham um excesso de 10% ou mais.

É provável que a melhoria no registro de nascimento seja uma medida suficiente para obter, em muitos países, as taxas de mortalidade infantil.

Todos estes fatos revelam a necessidade de muita cautela na aceitação e interpretação dos dados de mortalidade, sendo imperioso conseguir também uma melhoria no registro da mesma.

Segundo os diferentes autores que já estudaram o assunto, o conhecimento da morbidade proveniente das fontes tradicionais é deformado (MELIA, 1967a) e a informação disponível sobre morbidade é mais incompleta do que a de mortalidade

(OPS, 1967a), pois, um adequado registro das doenças pressupõe certo grau de desenvolvimento dos serviços de saúde e dos seus procedimentos (MEJIA, 1967b). Por isto, na prática, a morbilidade não tem características absolutas que possam ser determinadas de maneira fácil e uniforme, e que conseqüentemente conduzam a uma comparação internacional. A vida e a morte, critérios básicos de mortalidade não comportam ambigüidade, fato que não se dá com a morbilidade (BIRAUD, 1961). A doença não é um sucesso instantâneo e a definição da sua essência não é simples (SWAROOP, 1964).

Quanto aos levantamentos contínuos de morbilidade, a seguir faremos uma rápida revisão dos diferentes procedimentos que geralmente se utilizam na obtenção dos dados pertinentes:

1 - A Notificação - Entende-se por notificação a declaração obrigatória de todos os casos de determinadas doenças. Existe na maioria dos países uma relação das doenças de notificação compulsória e, embora esta varie consideravelmente de um país para outro, geralmente nela figuram as doenças transmissíveis consideradas como ameaça grave para a Saúde Pública. Em alguns países estão também sujeitas à notificação obrigatória certas doenças não transmissíveis, como as de origem profissional e outras.

A heterogeneidade dos dados provindos das listas de doenças notificáveis, é bastante grande e complexa, como bem atesta o magnífico trabalho de TAYLOR (1967).

O caráter incompleto da notificação que não só é variável entre os países, como também entre várias regiões dos mesmos, limita a importância desta informação. As omissões na notificação tendem a alcançar grandes proporções em lugares onde as comunicações resultam difíceis, como é o caso de muitas regiões das Américas (OPS, 1965b, 1966a).

2 - Estatísticas de doentes hospitalizados - Todo centro hospitalar, além das declarações de óbitos e de doenças com

pulsórias que necessariamente, deve fornecer às autoridades sanitárias, proporciona também as fontes mais acessíveis de dados gerais sobre morbidade e que constituem a "Estatística de Doentes Hospitalizados".

Em quase todos os países, existe nos hospitais um registro dos pacientes admitidos, sendo bastante fácil extrair deles dados estatísticos sobre morbidade.

As estatísticas hospitalares devem ser consideradas, em todos os países, como elemento fundamental e parte integrante do programa nacional de estatística, devendo fornecer dados administrativos e de saúde de maneira a possibilitar a complementação da informação oriunda dos dados de mortalidade e de morbidade provenientes de outras fontes (OMS, 1963c; OPS, 1966a).

Entretanto, os dados de morbidade hospitalar têm limitações, pois os doentes atendidos nos hospitais, por óbvias razões de seleção, não representam o panorama das doenças da comunidade (SWAROOP, 1964), daí o perigo das generalizações, demonstrado na Figura 6.

A probabilidade de uma pessoa solicitar atendimento médico depende, além da gravidade da doença, de outros fatores, conforme já foi analisado anteriormente quando discutimos a conceituação sobre saúde e doença e levantamentos contínuos. Estes fatos, podem ser constatados através das Figuras 7, 8 e 9, onde observamos que de 1000 pessoas, indiscriminadamente examinadas, em populações da Colômbia e dos Estados Unidos da América do Norte, somente foram hospitalizadas 1,6‰; 2,0‰ e 9,0‰, respectivamente por conceito de doenças parasitárias, gerais e de geriatria, sendo que, destes últimos, apenas 1,0‰ foi hospitalizado em centros médicos universitários.

Por outro lado, de acordo com o desenvolvimento e recursos dos diferentes países, os tipos de doenças podem ser de natureza muito diversa (OMS, 1968a), assim como os recursos médico-assistenciais, o que permite maior ou menor número de hospitalizações.

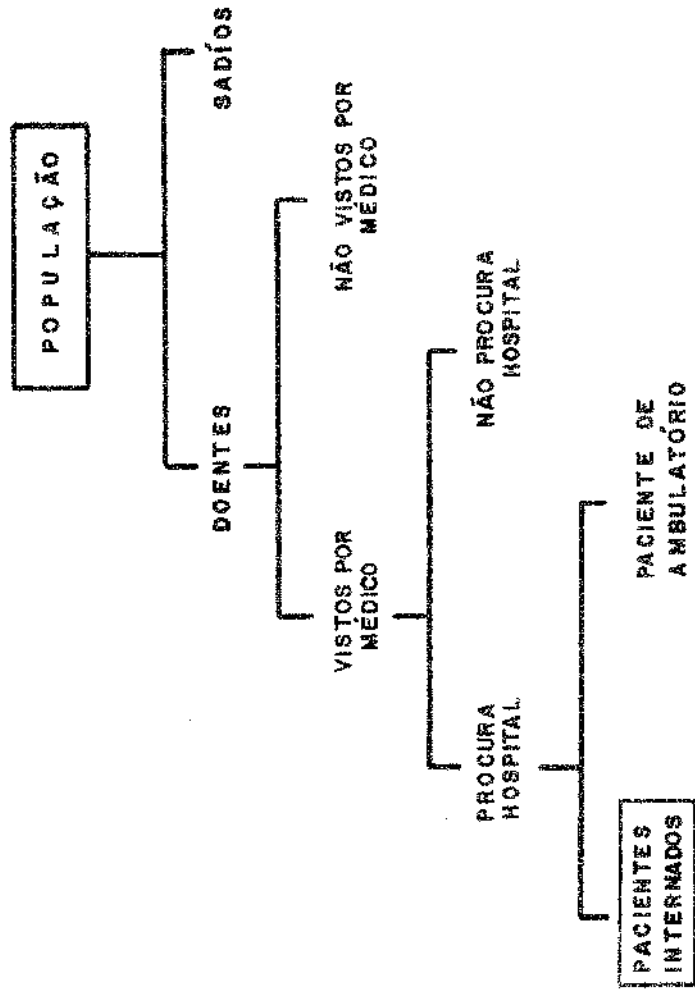


FIGURA 6 - ESQUEMA DO ATENDIMENTO MÉDICO À COMUNIDADE.

(BERQUÓ e MILANESI, 1965)

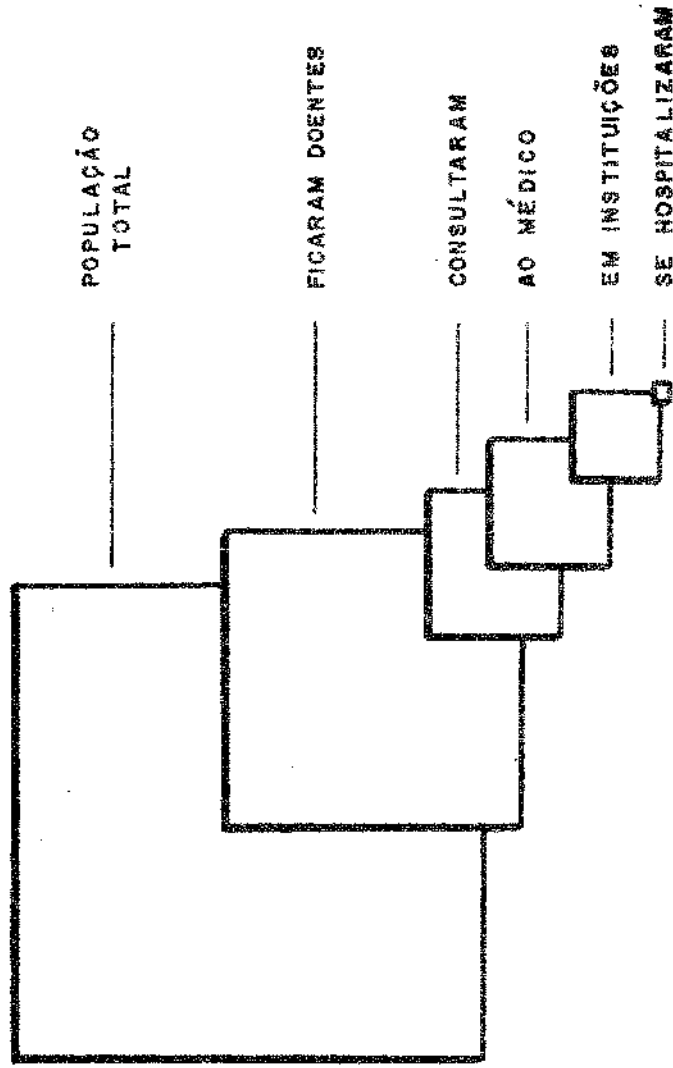


FIGURA 7 - COBERTURA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO MÉDICA NA COLÔMBIA, 1965.

(PABÓN et alii, 1967)

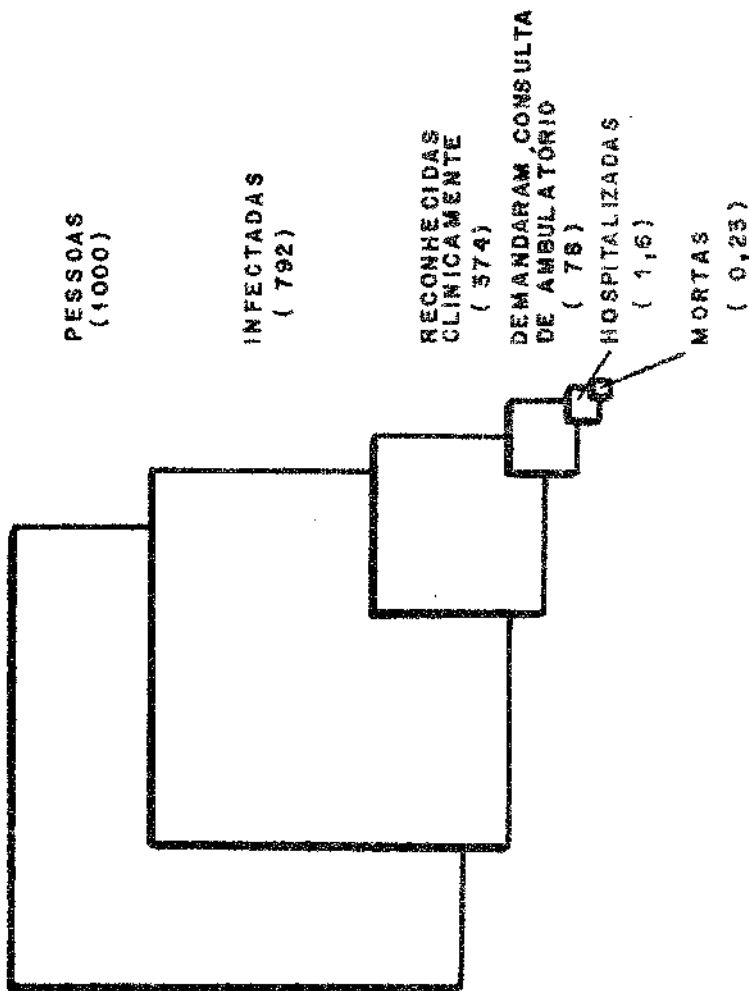


FIGURA 9 - DEMANDA DE ATENÇÃO MÉDICA, DAS DOENÇAS PARASITÁRIAS INTESTINAIS, NA COLÔMBIA.
(MEJÍA, 1967 b)

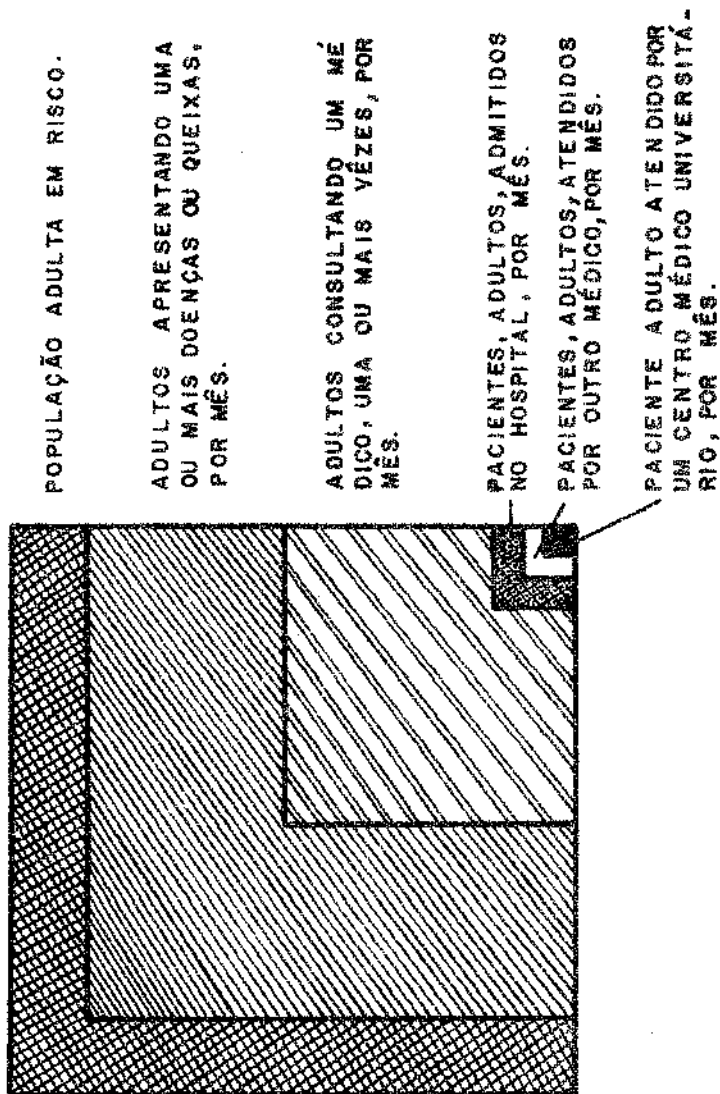


FIGURA 8 - ATENÇÃO MÉDICA POR MÉDICOS, HOSPITAIS E CENTROS MÉDICOS UNIVERSITÁRIOS.
(WHITE, K.L., 1967)

3 - Estatísticas relativas às demais formas de assistência médica - Além dos Serviços de hospitalização as principais fontes de estatística sobre assistência médica são: os ambulatórios dos hospitais, policlínicas, centros de saúde, clínicas especializadas e consultórios médicos particulares; porém, como as funções, a respectiva importância, e inclusive as denominações destes serviços e pessoas variam segundo os países, é difícil tirar uma conclusão geral sobre suas qualidades como fonte de estatística de morbidade. No entanto, independentemente de suas funções, podem os ambulatórios proporcionar importantes dados sobre morbidade da população.

A obtenção de dados estatísticos a partir dos médicos gerais tem sido difícil, principalmente naqueles países onde o exercício privado da medicina está muito generalizado, e onde a notificação continua possivelmente representaria para o médico uma carga inaceitável. Embora em alguns países se tenha aplicado o método da amostragem com resultados satisfatórios, os médicos que comunicasse, a intervalos regulares, os casos por ele vistos num dia, poderia proporcionar dados para a confecção de um quadro geral da morbidade total.

Outra fonte particular de estatística de morbidade de procedente dos serviços de assistência médica, se origina nos exames médicos sistemáticos de diferentes grupos da população, constituindo uma valiosa fonte de informação com respeito aos grupos examinados.

Esta última fonte de dados de morbidade merece algumas considerações especiais, dada não só a importância que apresenta para a saúde das pessoas, porém, especialmente se levarmos em conta que através deste método, todo e qualquer médico, sem maiores esforços, utilizando como arma principal o exame clínico, pode contribuir para a saúde da comunidade, fazendo prevenção no mais amplo sentido da palavra.

Denomina-se este tipo de prática médica "Exames Médicos Coletivos" e são efetuados através de procedimentos que compreendem modalidades muito diversas, que vão desde a explora-

ção clínica pormenorizada de um pequeno número de pessoas, até o de grandes grupos, mediante simples procedimento diagnóstico de caráter seletivo, como são: exames radiológicos em série ou em combinação com o exame clínico. Mediante o interrogatório, é possível obter informação sobre antecedentes patológicos, médicos, familiares e situação sócio-econômica das pessoas examinadas. O exame diagnóstico pode ser complementado com provas e de terminações de diversa índole, inclusive as de caráter antropométrico.

As principais vantagens deste tipo de exames (OMS, 1961a) são:

- 1) grau relativamente elevado de precisão diagnóstica que permite alcançar;
- 2) possibilidade de aplicar diretamente os resultados obtidos a uma população conhecida, sempre que as técnicas de amostragem sejam empregadas corretamente, ou se examine toda a população.

Os exames coletivos têm por finalidade principal (WILSON & JUNGER, 1969) descobrir, entre as pessoas aparentemente sadias, aquelas que em realidade estão sadias ou doentes, este pelo menos é, teoricamente, um magnífico método na luta contra as doenças e na promoção e proteção da saúde, porque facilita a identificação da doença nas suas fases iniciais e permite tratá-la eficientemente antes que adquira extensão e profundidade.

4 - Sistemas de Seguros de Doença - Embora as populações beneficiadas sejam selecionadas, freqüentemente acham-se registradas em fichários de fácil acesso. Estas estatísticas permitem estudar a freqüência das doenças na população assegurada.

Em países onde todos os cuidados médicos são objeto de prestações de seguro, o fichário, na realidade, é o registro da população, e contém numerosos dados relacionados com morbidade e utilização da assistência médica. Estes sistemas constituem uma importante e valiosa fonte de estatísticas de morbidade.

5 - Outros dados dos Sistemas de Seguro Social - As estatísticas sobre doenças que causam incapacidade temporal ou permanente para o trabalho podem ser obtidas nos registros dos sistemas de seguro social obrigatório. Estes dados referem-se a trabalhadores incapacitados por diversos estados morbosos.

c. Levantamentos Especiais ou Ocasionais. Inquéritos de Morbidade.

Em determinadas circunstâncias efetuam-se estudos, segundo o interesse em se conhecer aspectos de um fenômeno. A natureza e finalidade destes podem ser as mais diversas possíveis, e então, o número de levantamentos que se conceba pode ser tão grande quanto se queira. De maneira geral, estes levantamentos são realizados através de inquéritos (BERQUÓ & MILANESI, 1965).

Os inquéritos de morbilidade têm por finalidade encontrar uma expressão qualitativa ou quantitativa das doenças e constituem um recurso precioso de informação para o estudo de grande número de problemas de saúde das comunidades (OMS, 1952). Outra importante função é descrever e considerar o modo de aparecimento das doenças e a utilização da assistência médica, a fim de que os recursos disponíveis possam ser dedicados com máxima eficiência a preservar e fomentar a saúde pública (OMS, 1968a).

Variada terminologia é comumente utilizada para indicar conceitos como: inquérito, avaliação, estimação, inventário. Todos se relacionam com o processo ou a técnica de assinalar o status de saúde da comunidade a partir dos dados coletados com o propósito principal de encontrar uma expressão numérica que sirva para comparações relativas (SWAROOP, 1964).

Inquérito é "a unidade de pesquisa não experimental" (MAINLAND, 1966).

Morbidade, segundo a OMS, pode ser definida como: "todo desvio subjetivo ou objetivo ou ambos de um estado de bem-estar fisiológico" (OMS, 1959a, 1968a), "resultante de doença,

traumatismo ou incapacidade" (SWAROOP, 1964). Do ponto de vista do indivíduo a doença é um estado que, teóricas ou praticamente, o impeça no desempenho de suas funções sociais, profissionais ou de outro tipo (OMS, 1968a).

Para que as estatísticas de morbidade tenham um verdadeiro sentido, é necessário especificar os critérios operativos ou de diagnóstico, em virtude dos quais os casos se incluem ou se excluem. As estatísticas de morbidade são uma indicação do estado de saúde de uma população, quando se conhecem perfeitamente as suas fontes (OMS, 1968a). Apresentamos a seguir algumas conceituações sobre o particular.

No inquérito dos Estados Unidos, a morbidade foi definida como um afastamento do estado de bem-estar físico ou mental, resultante de uma doença ou traumatismo, do qual está ciente o indivíduo afetado. Inclui não somente doença ativa ou progressiva, mas também incapacidade, isto é, defeitos crônicos ou permanentes que estão estacionários e que são o resultado de uma doença, traumatismo ou malformação congênita. A existência da morbidade num indivíduo, causada por uma doença particular, traumatismo ou incapacidade, chamou-se de "condição de morbidade" ou simplesmente, "condição" (HEALTH STATISTICS, 1958b; OMS, 1959a).

Nos inquéritos de morbidade da Inglaterra, País de Gales, e da Dinamarca, definiu-se morbidade como: uma condição que causou alguma incapacidade durante um determinado período, sendo esta interpretada como significativa de que o sujeito estava "sofrendo de", ou que sua existência era notada como causa de perturbação do seu estado de saúde durante esse período (SWAROOP, 1964).

No inquérito Canadense de Doença, definiu-se morbidade como sendo: uma perturbação do estado de saúde do indivíduo, referida pelo inquiridor em forma de diagnóstico, num grupo de sintomas relacionados, ou num sintoma só. Para fins de inquérito, a morbidade incluía traumatismos e incapacidades no leito, assim como diagnósticos de doença e de sintomas (SWAROOP, 1964).

No inquérito Nacional da Colômbia (MEJIA, 1967c), a morbidade ficou definida tendo em conta a subjetividade e o comportamento dos examinados, além da evidência clínica. Entendeu-se que a evidência subjetiva é a percepção da doença tal como é expressada pelos indivíduos durante uma entrevista em que respondem a uma série de perguntas formuladas de maneira idêntica para todas as pessoas da amostra. Aceitou-se que a evidência da doença aumenta consideravelmente conforme o paciente reaja às consequências desta e, segundo seja a severidade da incapacidade que produz. Nestas condições, o conceito adotado foi baseado na existência de um desvio do estado físico ou mental normal, consciente para o indivíduo e que ocasione um impacto nele e na sua família, medido em termos de restrição das atividades ordinárias. Inclui não somente a doença ativa ou em evolução, como também padecimentos tais como defeitos crônicos ou permanentes, estacionários, resultantes de doença, lesões ou malformações congênitas. Os dias de incapacidade foram expressados em dias de restrição das atividades ordinárias, dias de reclusão no leito e dias de hospitalização, fatos que permitem inferir a ausência ao trabalho ou à escola ocasionados pela doença.

Dos parágrafos anteriores pode-se deduzir que os critérios de doença e morbidade, usados nos diversos inquéritos, provêm de múltiplos fatores que operam na obtenção de dados, os quais são enumerados por SWAROOP (1964) da seguinte maneira:

- 1) Opinião do afetado. Se uma pessoa pensa e diz que está doente, assim deverá ser considerada, ainda que o médico não seja capaz de identificar doença alguma. O paciente ao se queixar tem consciência dos sintomas de uma doença ou de uma incapacidade.
- 2) Critérios do médico para o exame clínico.
- 3) Provas de diagnóstico. Interessante é salientar que, contrariando a crença geral, as provas de diagnóstico nem sempre redundam em diagnóstico.
- 4) Se uma terceira pessoa declara que a doença existe, este fato não deve ser ignorado, sob pena de causar riscos ao paciente.

Podemos distinguir dois tipos de inquéritos de morbidade: o "Sanitário" e o de "morbidade propriamente dito". O primeiro tem um caráter geral, permitindo obter informação sobre todos os assuntos referentes ao estado sanitário da população, sobre os fatores ambientais que influenciam a saúde ou que por ela são influenciados, e sobre os serviços sanitários e de assistência médica. O segundo refere-se somente ao estado de saúde da população e aos fatores ambientais (OMS, 1961).

Os inquéritos de morbidade propriamente ditos podem ser classificados segundo características especiais, da seguinte forma (OMS, 1961a, 1968a; SILVA & CASTILHO, 1969):

1 - De acordo com a sua amplitude

1.1. Inquéritos sobre morbidade geral. Têm estes por objetivo determinar, em forma ampla, a existência de doença numa coletividade. Compreende uma grande quantidade de fatores a serem considerados e são muito úteis. Convém salientar que as operações destinadas a obter simultaneamente todas as informações são difíceis de serem organizadas e, portanto, é conveniente e preferível que os objetivos de um inquérito desta natureza sejam modestos.

1.2. Inquéritos específicos sobre determinadas doenças. Determinam estes a importância de um problema concreto, quando sua amplitude e sua natureza não são ainda conhecidas com precisão e, quando faltam dados para preparar um programa de saúde pública dirigido a combater ou erradicar uma determinada doença.

Oferecem a considerável vantagem de estabelecer critérios mais precisos e mais simples que os inquéritos de morbidade geral. Desta forma têm-se estudado pormenorizadamente várias doenças, sendo que seus critérios e resultados foram amplamente aceitos.

2 - De acordo com a extensão, podem ser:

2.1. De âmbito nacional ou regional.

2.2. Em áreas ou territórios mais ou menos cir-

cunscritos, tendo os seguintes objetivos:

2.2.1. Determinar a morbidade de uma coletividade bem definida, exposta a um risco definido, devido a fatores ambientais.

2.2.2. Para representar áreas maiores, quando a circunscrição ou amostra, são bem escolhidas.

2.2.3. Para servir como estudo experimental de métodos, constituindo neste caso a fase preparatória de uma investigação muito mais ampla. O ensaio prévio é especialmente indispensável nos territórios pouco desenvolvidos, onde os serviços de assistência médica são escassos e às vezes se impõe o adestramento de pessoal médico na técnica das pesquisas sobre o terreno.

A adoção da família ou do conjunto doméstico como unidade de pesquisa, em vez do indivíduo, parece ser mais aplicável nos inquéritos locais, que nos dê maior amplitude.

3 - De acordo com o tempo, (OMS, 1968a), podem ser:

3.1. Atuais, prospectivos, retrospectivos e mistos.

3.2. Permanentes, periódicos e ocasionais.

4 - De acordo com o método de coleta de dados, (OMS, 1961a, 1966c, 1968a), podem ser:

4.1. Por intermédio do Interrogatório Direto, feito por pessoal adestrado não especializado, no decurso de visitas domiciliares.

4.2. Através do exame clínico dos indivíduos, orientado especialmente para a determinação de morbidade geral ou específica.

4.3. Por análise especial de registros de saúde já existentes (fato já enumerado nos levantamentos contínuos). Estes não são considerados como inquéritos propriamente ditos, porém, a análise dos dados que fornecem proporciona muitas vantagens.

Dada a importância do fato e especialmente por incidir de maneira direta no presente trabalho, achamos conveniente referir-nos, com um pouco mais de pormenores aos inquéritos de morbilidade feitos através do exame clínico, e nada melhor que transcrever as conceituações básicas sobre o particular, enunciadas em 1951, pela Comissão de Doenças Crônicas dos Estados Unidos (COMMISSION ON CHRONIC ILLNESS apud WILSON & JUNGER (1969).

Os inquéritos epidemiológicos de morbilidade propriamente ditos entendidos como exame de coletividade visam determinar a prevalência, a incidência e a evolução natural da variável compreendida pelo estudo, porém, não tem por finalidade submeter a tratamento os casos descobertos.

O exame coletivo visa a detecção da doença ou de defeitos mediante a utilização de provas, exames ou outros procedimentos que sejam de rápida aplicação. Estuda as doenças sintomáticas e as inadvertidas.

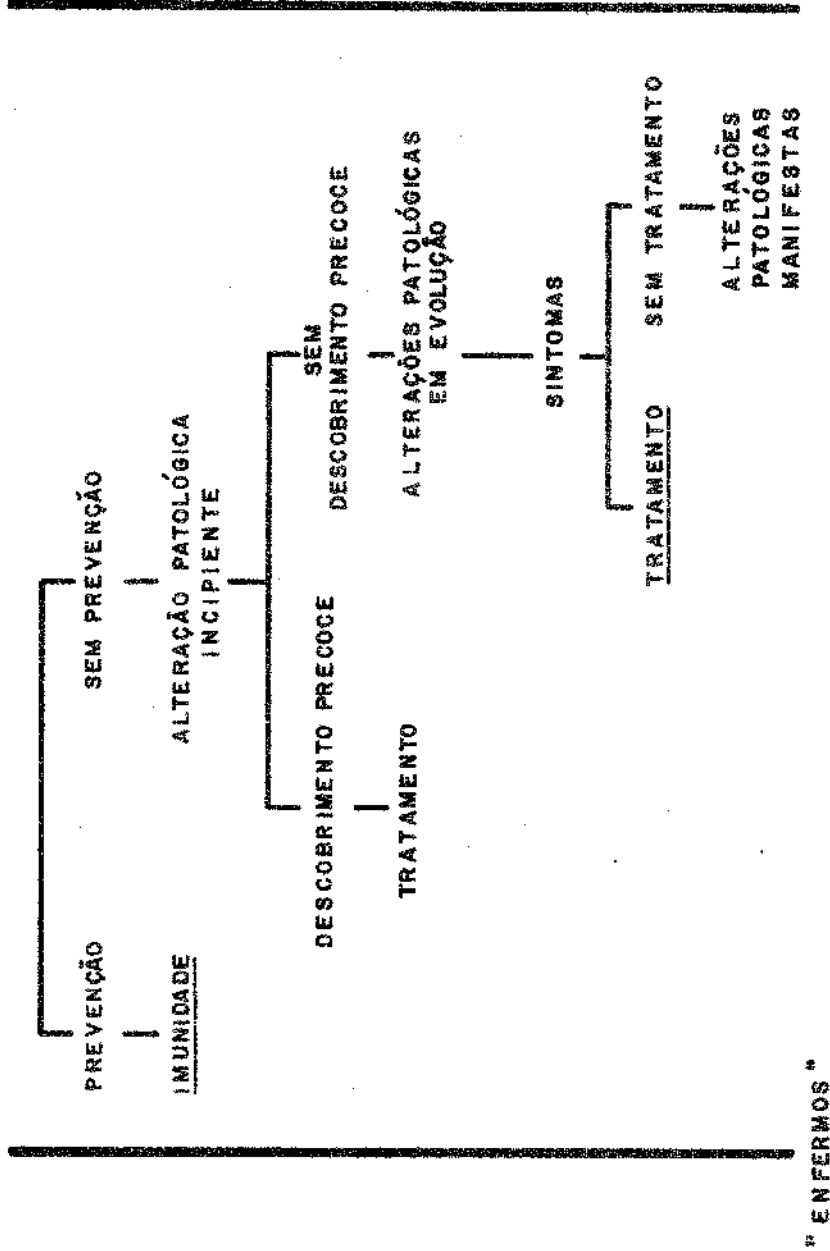
Convém assinalar que, por definição, incluem-se neste tipo de estudo o exame físico que pode ser rápido e simples além de outros procedimentos, ainda que sofisticados.

Destes conceitos depreende-se que a diferença essencial entre o exame coletivo e o exame médico de rotina baseia-se na seguinte premissa: no primeiro caso, supõe-se que o sujeito examinado está sadio; no segundo, é o paciente quem espontaneamente procura o médico, por não se sentir bem.

O exame coletivo portanto, procura sistematicamente descobrir alterações patológicas naquelas fases em que o paciente, ainda não sente a necessidade de ir em busca de assistência médica. Isto pode ser graficamente observado na Figura 10. O exame coletivo deve ter caráter econômico, que proporcione o maior rendimento de gasto por unidade e economia de tempo e pessoal. Não obstante, é possível que o exame coletivo de uma comunidade tenha um custo mais elevado que o da atenção médica habitual. Isto se deve ao maior número de casos de doença que por meio do método se descobrem.

Os aspectos sócio-ambientais podem interferir na

" SÃOS "



EXEMPLO:

TUBERCULOSE PULMONAR

PROVA DE MANTOUX

B C G

FLUOROGRAFIA

AValiação CLÍNICA

RAIOS X

EXAME DE ESCARRO

FIGURA 10 - FASES DO DESCOBRIMENTO PRECOCE DAS DOENÇAS.

(WILSON e JUNGNER, 1969)

execução dos exames coletivos, pois uma população, dependendo do seu grau de desenvolvimento, somente poderá realizar este tipo de exames médicos, por etapas:

- 1 - Etapa inicial: investiga malária, helminthiases, hanseníase, tracoma e outras doenças transmissíveis.
- 2 - Etapa intermediária: investiga tuberculose e doenças venéreas.
- 3 - Etapa ulterior: pesquisa diabetes, cardiopatia isquêmica e anemia ferropriva, por exemplo.

As referidas etapas são progressivas, e serão aplicadas em países subdesenvolvidos, em desenvolvimento e industrializados, conforme suas possibilidades e recursos. Pode acontecer que um país necessite de fazer programas de exames coletivos em mais de uma etapa simultaneamente, dadas as condições particulares de existirem problemas decorrentes das doenças próprias dos países industrializados, ao lado das doenças comuns ao subdesenvolvimento. Como medida de saúde pública estes exames serão feitos em massa, ou, nas mais diversas circunstâncias, em pacientes de hospitais, na indústria, nos institutos de previdência social ou de seguro de doença. Apesar de tratar-se de uma metodologia importante para a saúde dos indivíduos, "é um tema objeto de grandes controvérsias e que ainda muito devemos aprender sobre ele" (WILSON & JUNGER, 1969).

A falta de pessoal capacitado para este tipo de trabalho e a não colaboração da população escolhida para ser examinada, são problemas dignos de consideração. A atitude positiva ou negativa da população dependerá da simplicidade do exame, da duração do mesmo, da incomodidade ou das dores que as provas possam ocasionar, do cuidado com que se guarde o segredo profissional e da necessidade de repetir o comparecimento (OMS, 1961a). A prestação de assistência gratuita, nos casos em que esta se faça necessária, estimula a frequência e a cooperação da população examinada.

Ante às considerações expostas nos parágrafos an

teriores, relacionados com o assunto da mensuração da saúde, é possível afirmar que "apesar dos esforços para conhecer a magnitude dos problemas no campo da estatística vital, muito resta todavia por fazer e melhorar, não só com respeito à colheita de dados, como à sua qualidade, pois estes, além de serem incompletos, distam muito de refletir uma realidade. Daí a grande dificuldade para se prestar melhores serviços à comunidade" (HORWITZ, 1961).

Muitas das deficiências anotadas e que, sem dúvida, entorpecem o conhecimento do estado de saúde das comunidades, relacionam-se com múltiplos fatores, dentre os quais destaca-se o da informação fornecida. Isto acarreta, entre outros, "novos problemas com respeito à formação de médicos em geral e, em particular, em relação às pesquisas médicas. As futuras atividades dos serviços de saúde e do médico ainda estão longe de uma definição precisa. Se pretendemos mudar esta perspectiva pessimista, necessário se faz uma nova política na educação médica" (LAST, 1963).

Alguma coisa poderá ser feita de imediato (BARRIOS, 1968), no sentido de que o médico deva ser, desde a época de estudante, motivado e preparado suficientemente para que racionalize a idéia de que na observação de um fato isolado grande será sua responsabilidade pela veracidade ou não da estatística publicada. Necessário se torna o ensino da demografia nos cursos de medicina, onde aspectos como a notificação das doenças e o atestado de óbito sejam ressaltados.

F - UNIDADES DE MORBIDADE

A mensuração da morbidade acarreta diversos problemas que não se apresentam, por exemplo, nas estatísticas de mortalidade e que são devidos às características especiais da doença em contraste com a morte:

1 - A morte é um sucesso único, enquanto que a doença pode ser contraída muitas vezes, pela mesma ou diferentes causas.

2 - A morte é produzida num dado momento, porém, a doença pode durar, desde menos de um dia até muitos anos.

3 - As doenças podem ser de gravidade variável, o que leva a diferenças nas reações do paciente, no grau de perturbação das atividades ordinárias e nas formas de tratamento. Existem por exemplo, doenças que não causam nenhuma invalidez, outras que impõem certas limitações nas atividades comuns, e outras enfim, que obrigam a quem as padece, a ausentar-se do trabalho, a guardar cama, ou a ingressar num hospital.

Ao medir a morbilidade não é possível deixar de se considerar estes aspectos (OMS, 1959a).

Estas variáveis decorrem dos critérios que possam ser adotados para se definir uma doença ou uma incapacidade e estes critérios podem ser (MacMAHON *et alii*, 1965):

1 - Quanto às manifestações da doença: Os doentes são agrupados de acordo com a similitude das várias manifestações da doença (sintomas e sinais). Exemplos: fratura do fêmur, diabetes mellitus, etc..

2 - Quanto à experiência sobre a doença: O agrupamento das pessoas doentes depende da similitude quanto ao tipo específico da experiência que precedeu à doença e que comumente é denominada, com certa liberdade de "causa" da doença. Por exemplo: parto difícil; inalação de pó de sílice; penetração do bacilo da tuberculose.

Teoricamente é possível que o mesmo número de indivíduos doentes possa ser identificado por meio do uso separado de qualquer dos tipos de critério antes enunciados. A Figura 11, que representa um ordenamento de pessoas doentes é um modelo simples que trata de ilustrar este conceito. As áreas $M_1, M_2, \dots, M_g$ são grupos de pessoas doentes. Os membros de um grupo diferenciam-se dos membros de outro somente pelo critério das manifestações. A área sombreada C_1 representa pessoas doentes identificadas com base numa experiência específica. Pode-se apreciar que a correspondência não é perfeita. As pessoas doentes, incluídas pelo critério daquela experiência específica, ainda

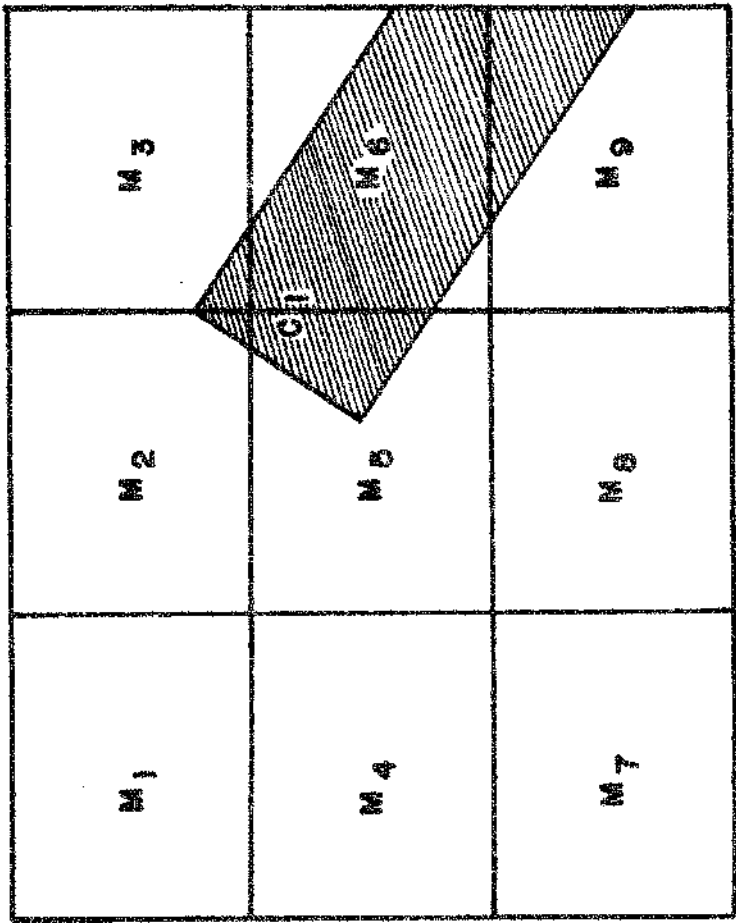


FIGURA - 11

MODELO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE PESSOAS -
 DOENTES, DE ACORDO COM O CRITÉRIO DAS -
 MANIFESTAÇÕES, (ÁREA EM BRANCO) E COM
 O CRITÉRIO DA EXPERIÊNCIA, (ÁREA SOMBREADA).

(MacMAHON et alii , 1965)

que pertencentes principalmente a M_6 , derivam de outros grupos manifestacionais M_2 , M_3 , M_5 , e M_9 .

Os grupos identificados por qualquer dos dois critérios podem ser apropriadamente considerados como entidades de doença ou incapacidade. Entretanto dever-se-ia lembrar que, em ambos os casos, as entidades não são objetos tangíveis (pessoas doentes) dos quais derivaram, mas sim, conceitos abstratos cujos limites podem ser revistos à vontade, dependendo do empenho que se coloque.

Qualquer que seja a forma adotada para definir doença ou incapacidade, podemos utilizar três critérios de medidas para avaliar morbidade (OMS, 1959a):

- 1 - A pessoa doente.
- 2 - A doença.
- 3 - A duração da doença em dias, semana, meses e anos.

Dentro desta avaliação, uma pessoa pode, dentro de um dado período de observação, um ano por exemplo, sofrer da doença A, duas vezes e da doença B, três vezes. Se os episódios ou surtos das doenças A e B ocorrerem em diferentes épocas, este doente terá contribuído com uma unidade às estatísticas de pessoa, duas unidades às estatísticas de doença (isto é, diagnósticos ou causas de doença), e cinco unidades aos episódios. É essencial que na apresentação das estatísticas de morbidade deva figurar claramente a qual destes três conceitos de morbidade se está referindo (OMS, 1957a).

Os termos "doença", "afecção", "traumatismo", "estado mórbido", "deficit" que geralmente são utilizados para descrever alteração de saúde de uma pessoa, podemos considerá-los como similares ou sinônimos (OMS, 1952). A expressão, "surto(episódio) da doença" nas estatísticas especiais de morbidade, é uma consequência das circunstâncias (OMS, 1959a). Por exemplo: Os surtos nas estatísticas hospitalares referem-se à duração do tempo de hospitalização, enquanto que nas de absentismo se baseiam nos períodos de ausência ao trabalho. Também se referem a casos de

má saúde em que ocorrem causas ou diagnósticos múltiplos ou parcialmente superpostos.

O episódio pode referir-se a (OMS, 1952): Defeito anterior, novo ou recente; portador; assintomático; doença latente declarada, prolongada, pré-existente, aguda, crônica e recaída. Defeitos congênitos com complicação. Afecção primitiva concomitante, acessória, ou principal.

A medição da morbidade pode ser obtida com base nos seguintes índices (OMS, 1957a; 1959a; SWAROOP, 1964; BERQUÓ & MILANESI, 1965; PASCUA, 1965; MacMAHON et alii, 1965):

1 - "Incidência" ("Incidence Rate", "Inception Rate", "Taux de Frequence de Cas Nouveaux").

2 - "Prevalência durante um período determinado (semana, mês, ano) ("Prevalence Rate", "Taux de Frequence Globale").

3 - "Prevalência Instantânea" ("Prevalência Momentânea", "Prevalência Lápsica", "Point Prevalence Rate").

Estes índices podem referir-se à:

a) Duração quanto à população exposta, às pessoas doentes, às doenças ou aos episódios.

b) Gravidade quanto a seqüelas, incapacidade e sua duração, freqüência das complicações, custos que acarretam, letalidade ou fatalidade que ocasionam.

c) Podem figurar para efeitos de registro os seguintes eventos: doença nova, em evolução, aguda, crônica, não incapacitante, incapacitante ocasionando restrição parcial ou total da atividade, absentismo ao trabalho ou à escola, ou que obrigue a guardar cama e ainda à hospitalização; doenças que requerem consulta médica e tratamento ou ambos.

A escala da existência ou não de doença, assim como da sua gravidade, pode ser feita classificando as pessoas ou casos em cinco grupos segundo STOCKS & DORN apud SWAROOP, (1964):

1 - Livre de qualquer defeito físico ou mental.

2 - Com defeito congênito que não ocasiona incapacitação apreciável e que não requeira tratamento, embora a doença não seja definida em 3, 4 ou 5 desta classificação.

3 - Com cicatrizes ou deformidades conseqüentes a uma doença anterior ou a um dano que, embora não cause no momento incapacitação apreciável, também não requer tratamento; porém, sem a doença que se define em 4 ou em 5.

4 - Afetado por uma doença latente ou incipiente que ainda não esteja causando padecimentos ao indivíduo, nem sintomas ou restrição das suas atividades, porém, sem a doença definida em 5.

5 - Afetado por uma doença ou mal, conseqüente de um defeito físico ou mental que não esteja compreendido em 2, 3 ou 4, incluindo qualquer desvio da saúde normal que, como tal, seja do conhecimento do indivíduo e qualquer condição mórbida que requeira tratamento e convalescença posterior a uma doença ou a um tratamento.

Para os citados autores, somente o último grupo compreenderia os doentes para efeitos estatísticos. Os outros grupos estariam sendo considerados como saudáveis. Conviria excluir das estatísticas os casos mais benignos (OMS, 1959a).

CAPÍTULO II

DA LITERATURA SOBRE INQUÉRITOS DE MORBIDADE

A literatura médica acerca de morbidade em geral e particularmente sobre inquéritos de morbidade é abundante em outros países, especialmente naqueles que apresentam um grau avançado de desenvolvimento social e econômico. O mesmo não acontece entre os países latinoamericanos e, especialmente entre nós, onde os estudos por inquérito, e particularmente aqueles por amostragem, têm sido pouco numerosos (GALVÃO, 1953; SILVA, 1961). Entretanto "começar da estaca zero poderá ser benéfico, na medida em que permita a fixação de normas metodológicas mínimas para o Brasil com adaptação às necessidades e características de cada região" (SZKLO, 1969).

O interesse e a preocupação pela saúde originaram-se nos séculos XVII, XVIII e XIX, quando na Europa, especialmente na Alemanha, Inglaterra e França, houve um maior incremento na procura da justiça social. Médicos, reformadores e filósofos alemães e franceses iniciaram o movimento, dando a conhecer as lamentáveis condições sociais e de saúde que afligiam os pobres. O trabalho dos pioneiros da medicina preventiva consistiu, não somente no combate às doenças agudas ou crônicas, infecciosas ou não, como também no desenvolvimento de procedimentos nacionais para a coleta e tabulação das estatísticas de morbidade e mortalidade e na luta pela aprovação de leis que requeriam a inscrição de nascimento e óbitos e a notificação de certos estados patológicos (ROSEN, 1963).

HORWITZ apud SAYEG (1969) cita que Sir WILLIAM PETTY, falando em Dublin, no ano de 1776, assim se expressava: "suponham agora que nos domínios do Rei..., pelo progresso da Arte da Medicina deixe de morrer uma quarta parte da população. Então o Rei ganhará e salvará 200.000 súditos que, avaliados em vinte libras por cabeça, o preço mínimo de um escravo, represen

tava quatro milhões de libras por ano em benefício da comunidade". "Em outro cálculo, baseado em estimativa da renda nacional, do capital e da capacidade produtiva, ele chegou a sessenta e nove libras "per capita", cifra que aplicou à perda de 100.000 vidas durante uma epidemia de peste em Londres. Ele estimou que o investimento de mais ou menos um por cento da perda monetária, em medidas preventivas, teria feito com que o Estado economizasse mais de seis milhões de libras".

Na Inglaterra, o inquérito de Londres, de CHARLES BOOTH, e os inquéritos de York, de B. SEEBOHM ROWNTREE, complementaram os valiosos relatórios sobre saúde antes apresentados, porém, é o trabalho de EDWIN CHADWICK, intitulado: "The sanitary condition of the Labouring Population of Great Britain", publicado em 1842, que deu origem ao moderno movimento da Saúde Pública (BADGLEY, *et alii*, 1968). Este relatório assim descreve o círculo vicioso da pobreza e da doença: "homens e mulheres ficam doentes porque são pobres; ficam mais pobres porque são doentes, e mais doentes porque são pobres" (WINSLOW, 1955).

SHANTTUCK em 1845 levou a efeito na cidade de Boston, Estados Unidos da América do Norte, um estudo semelhante ao da Inglaterra e BILLINGS em 1876 preparou uma extensa ficha para pesquisa, sobre uma diversidade de temas como abastecimento de água, drenagem de esgotos, disposição de lixo, gás e luz, eletricidade, clima e topografia, ficha demasiado extensa para aqueles tempos (SWAROOP, 1964).

NIGHTINGALE, já em 1860, incrementa a adoção da classificação de FARR, com respeito a registros hospitalares de morbidade. FARR, em 1885, na Inglaterra, insistia na necessidade de recolhimento de estatísticas de doença quando afirmava: "os relatórios dos funcionários médicos são de grande valor prático, e o serão mais valiosos cada dia... . O objetivo por alcançar é uma informação dos casos de doença da população civil, tão completos como os obtidos na Armada da Inglaterra" (SWAROOP, 1964).

Nos fins do século XIX tratou-se de levar a efeito inquéritos completos das condições sociais e de saúde. Assim

nos Estados Unidos, por exemplo, nos censos nacionais de 1880 e 1890 foi incluída informação com respeito às doenças existentes no dia dos levantamentos (BADGLEY *et alii*, 1968).

Posteriormente, estudos sobre morbidade foram realizados em Hagerstown, Md. e na Municipalidade de Washington, nos anos de 1921 e 1924, e que têm sido tomados como modelos para o planejamento de importantes estudos sobre o mesmo assunto que vieram depois (SILVA, 1961).

De 1928 a 1931, a Comissão de Custo de Assistência Médica empreendeu nos Estados Unidos um inquérito de caráter nacional. Cada família, no total de 9000, foi entrevistada cinco a seis vezes por ano, registrando-se em cada visita, subsequente à primeira, episódios de doenças ocorridos desde a última visita, ao mesmo tempo que informações sobre assistência médica e despesas decorrentes desta. Não obstante ser o estudo de âmbito nacional, a amostra não era casual; mas assim mesmo puderam obter valiosas informações (SILVA, 1961).

Entre 1935 e 1936, realizou-se um levantamento sobre 137.000 habitações urbanas, tendo sido entrevistados seus moradores para que fornecessem dados sobre morbidade, acidentes e outras características de saúde. As comunidades estudadas foram: Hagerstown e Baltimore, Md.; Pittsburg, Pa.; Hunterdon County, NJ.; Kansas City, Mo.; New York City; e São José na Califórnia. Este estudo demonstrou que, através da entrevista, era possível obter útil informação com respeito à distribuição da doença e dos acidentes (HLTH. STATISTICS, 1958a).

Em 1949, o U.S. National Committee on Vital and Health Statistics decidiu fazer um estudo de morbidade, cujo propósito era a determinação da prevalência e da incidência das doenças e acidentes, definição da natureza, duração e incapacidade dos mesmos, assim como tipo de atendimento médico. Em 1957 o Congresso dos Estados Unidos autorizou este estudo que visava determinar a extensão da doença e da incapacidade, e relatar a informação obtida através da entrevista abrangendo toda a população do país. Este clássico estudo, denominado "National Health

Survey", foi realizado num período de dois meses, incluiu 115.000 pessoas, 36.000 habitações; acusou uma taxa de 6% de não entrevistados, dos quais, 1% por recusa, 5% por outras causas, principalmente ausências, (H.M.H. STATISTICS, 1958a). A amostra foi determinada em fases sucessivas.

Os inquéritos baseados nos registos são utilizados na União Soviética há mais de vinte e cinco anos (ALEXANDROVA, 1960; SANGELDIANTS, 1959). Até 1955 ali se concedia a máxima atenção aos serviços sanitários destinados à coletividade. A partir desta data efetuaram-se em certas regiões complexas inquéritos sobre a morbilidade geral. Nestes a "pessoa" substitui o "episódio", e os dados referentes a um doente são inscritos numa só ficha... . A unidade estatística, nas doenças crônicas, do mesmo modo que na Grã-Bretanha, é o doente que recorre à consulta. Quanto às afecções agudas, a primeira consulta efetuada no curso de cada episódio é considerada como uma unidade estatística independente. Na análise de morbilidade geral utilizam-se dados de muitas outras procedências, como fichas dos arquivos de hospitais e atestados de óbito (VAZEK, 1967).

A partir de 1953 vários inquéritos foram realizados na Checoslováquia (OMS, 1961a; SANGELDIANTS, 1959). A pesquisa efetuada em 1962 devia servir de ponto de partida para um estudo a longo prazo sobre o estado sanitário da população de uma área em vias de rápida industrialização. A característica especial do método de pesquisa foi a utilização de uma área testemunha, na qual não se previam modificações importantes no decurso de dez anos... . Estes inquéritos, estenderam-se às populações de outras zonas geográficas. No princípio incluíram todas as doenças padecidas por aqueles moradores que já haviam recebido assistência médica. A partir de 1956 utilizou-se um método simples de amostragem, consistente em efetuar a escolha do examinado pela letra inicial do sobrenome. A unidade fundamental foi o "episódio patológico", utilizando-se também outras unidades como: a "doença" (com certo número de episódios) e a "pessoa" (com certo número de doenças) (VAZEK, 1967).

Na República Popular da Romênia, levou-se a efeito um inquérito médico conjunto, numa amostra representativa da população do país (BULA, 1959; MARINESCU & MURESAN, 1967). Este inquérito não somente esclareceu a estrutura real da morbidade naquele país, como evidenciou a utilidade dos métodos empregados para a consecução, através dos serviços sanitários, de meios mais eficazes em favor da saúde da população. Este estudo abrangeu a morbidade geral, doenças transmissíveis, doenças profissionais, incapacidade temporal para o trabalho, doentes com alta em hospitais e sanatórios. Para a avaliação do estado de morbidade levaram-se em conta todas as doenças agudas ou crônicas diagnosticadas no decurso de um período determinado. A incapacidade temporal foi estudada detalhadamente numa amostra de 12% de trabalhadores do país; a invalidez total em 5,03% da população do país; o total da amostra que abrangeu as áreas rural e urbana, foi de 740.338 indivíduos.

Nos doze meses compreendidos entre maio de 1955 e abril de 1956 o "General Register Office", em colaboração com o colégio de Médicos Gerais, efetuou um inquérito sobre morbidade na Inglaterra e País de Gales, tomando como base os registros de 171 médicos gerais de 106 ambulatórios distribuídos por todo o país. A população estudada ascendeu a 382.289 pessoas. Os médicos participantes no estudo não foram remunerados (VAZEK, 1967).

Convém lembrar (LOGAN, 1967), que na Inglaterra e País de Gales todos os habitantes recebem assistência gratuita se inscritos na lista de pacientes de qualquer médico geral do Serviço Nacional de Saúde. Excepcionalmente, um médico geral não faz parte deste Serviço. O mesmo acontece com a hospitalização e o atendimento por especialistas, que são gratuitos para a totalidade da população.

Em 1949 compilaram-se estatísticas nacionais de morbidade dos casos de hospitalização e dos incapacitados para o trabalho que recebiam atendimento do seguro nacional (in LOGAN,

1967). Entre 1943 e 1952, efetuou-se um inquérito nacional de morbidade, baseado no interrogatório de uma amostra constituída de uns 4000 adultos por mês. Nos três anos, de abril de 1951 a março de 1954, realizou-se um estudo piloto baseado nos registros de dez médicos gerais e a experiência assim adquirida serviu para preparar o extenso inquérito sobre morbidade que se efetuou entre 1955 e 1956, com dados fornecidos também por médicos gerais.

Neste inquérito utilizaram-se fichas para cada doente na qual se anotavam nome completo, endereço, profissão e tipo de atividade. Recolheram-se também, dados sobre cada consulta (diagnóstico, data da consulta e possível ingresso ao hospital). O relatório, no qual foi dado a público o resultado ou resultados do inquérito, consta de três volumes. No primeiro volume, analisam-se os resultados gerais do inquérito referentes ao número de consultantes, média de consultas por doente e frequência às consultas, segundo o sexo e a idade.

No segundo volume, analisam-se a distribuição das doenças agudas, (gripe e pneumonia etc.) e das crônicas (tuberculose, neoplasias malignas, diabetes sacarina, doença das coronárias, hipertensão, úlcera gastroduodenal), conforme o tipo de profissão e ocupação dos examinados. No terceiro volume, analisam-se os achados clínicos. A redação esteve a cargo dos membros do Colégio de Médicos Gerais.

Os inquéritos de morbidade por interrogatório do Canadá e da Dinamarca (LINDER, 1967) realizados respectivamente entre 1950-51 e 1951-54 do mesmo modo que nos inquéritos dos Estados Unidos, Inglaterra e País de Gales, e Japão, a obtenção dos dados foi contínua e de caráter nacional. Deles se excluíram as forças militares, tanto nacionais como estrangeiras, os hóspedes dos hotéis e instituições como orfanatos, asilos para velhos, asilos para doentes incuráveis, cárceres, sanatórios,

Instituições Psiquiátricas, Hospitais de Crônicos e Vagabundos. Abrangeram todos os grupos etários.

No caso do Canadá a amostra foi obtida em fases sucessivas. Seu tamanho foi de 36.000 pessoas pertencentes a 9.400 famílias. A unidade de amostragem foi a família e a duração foi de um ano. No inquérito da Dinamarca a duração foi de três anos e compreendeu 86.788 pessoas, sendo a unidade de amostragem o indivíduo.

A avaliação sobre lesões, seqüelas de lesões ou doenças anteriores, incapacidades, acidentes causantes de lesões, invalidez e serviços de saúde variou de um para outro inquérito. A rejeição à cooperação foi de 3,9% das famílias para o inquérito do Canadá e 1,6% de indivíduos para o da Dinamarca. Não foi possível entrar em contato com a unidade de amostragem, em 5,3% dos casos no inquérito do Canadá e em 16,9% dos homens e 14,5% das mulheres, no da Dinamarca.

O inquérito básico para a administração de Saúde e Assistência Social do Japão, realizado em 1962 (SODA, 1967) teve como antecedente o inquérito efetuado ao começo de cada ano fiscal desde 1953, em colaboração com as prefeituras. Teve como finalidade: a) obter anualmente uma visão do conjunto das condições de vida do país como base para melhor administração dos serviços de saúde e assistência social, utilizando o método de visitas domiciliárias; b) proporcionar, a partir da amostra tipo, subamostras para determinados estudos de problemas sanitários e sociais. Estes estudos sobre estado de saúde, nutrição, tuberculose, incapacidade, disenteria, lares de viúvas com crianças pequenas, condições de vida de famílias com ingressos reduzidos, distribuição de renda pelo plano de seguro social, transtornos mentais, situação social e de saúde das pessoas com idade avançada. A população estudada foi representada por uma amostra aleatória de setores que constavam de uma lista preparada segundo o último censo da população (1960)..., totalizando 418.820 pessoas. Por lei obrigaram todos os habitantes, com exceção dos estrangeiros, a facilitar a informação requerida.

Depois da inauguração, em 1934, do All India Institute of Hygiene and Public Health de Calcutá, destinado ao ensino pós-graduado de assuntos sanitários (SEAL, 1967) houve a necessidade de desenvolver uma técnica de inquérito que possibilitasse uma imagem clara das condições sanitárias, econômicas e sociais da coletividade. Foi então efetuado, pela primeira vez na Índia, um inquérito geral, completo e integrado sobre saúde na Zona do Centro Sanitário de Singur, local de treinamento de sanitaristas e de outros profissionais de saúde. Este programa foi desenvolvido pelos estudantes de saúde pública que tiveram oportunidade de adquirir uma noção mais completa das imposições da medicina social e preventiva, muito antes que essas disciplinas pudessem ser incluídas nos programas ordinários das escolas de medicina ou nos cursos para graduados de qualquer Universidade da Índia. Os objetivos deste estudo foram:

1 - Desenvolver metodologia para realização de inquéritos periódicos, bem como, obter dados para avaliação das atividades do centro sanitário.

2 - Estabelecer a metodologia de um inquérito sanitário integrado, como medida preliminar para a execução de um inquérito nacional, que permitisse um quadro completo da saúde da coletividade e dos fatores que nela influem.

3 - Precisar a importância relativa dos principais problemas sanitários da coletividade e formular, com critérios progressivos e harmônicos, uma política sanitária nacional.

4 - Contribuir, para a melhor apreciação dos problemas sanitários da coletividade, com fins docentes.

Estudaram-se vários aspectos da saúde individual através de exames clínicos e investigaram-se aspectos biológicos e sociais, medidas antropométricas, doenças e incapacidades no momento do levantamento e durante os doze meses anteriores. Efetuou-se exame completo dos doentes para investigações especiais sobre doenças de notificação obrigatória. Estudou-se a situação sócio-econômica e a dieta das famílias, a situação sani-

tária das habitações, a higiene escolar e o saneamento ambiental, tanto da área urbana como rural. A amostra foi probabilística e constituída de 5% da população (3.000 pessoas de 600 famílias de uma população de 67.000 habitantes).

Outros estudos sobre morbidade foram realizados como o do Bairro Chetla de Calcutá; e o inquérito sobre funcionários da Administração Central de Delhi e de Nova Delhi, porém, um estudo, digno de ser referido por suas características, é o de Sikkim, no Himalaia, região com altitudes de 3.000 a 4.900 metros e população dispersa. A unidade de inquérito foi o indivíduo e os dados obtidos foram completados com os procedentes de hospitais e dispensários locais. O estudo foi realizado por dois médicos, secundados por reduzido número de auxiliares providos de um pequeno laboratório e teve duração de sete semanas. As doenças transmissíveis estudadas foram: malária, kala-azar, helmintíase, tuberculose e doenças venéreas. Foi possível também utilizar laboratório especializado para estas doenças e efetuar as provas de tuberculina e VDRL. Embora este inquérito tenha sido realizado em curto período, seus resultados permitiram conclusões importantes para melhorar a saúde da população.

Um estudo muito significativo tanto por seu caráter nacional, como por ter conjugado todas as forças interessadas no problema da saúde e especialmente por ter contado com a participação de todas as Faculdades de Medicina do País, que atuaram ativamente, tanto no planejamento e execução como na publicação de dados, foi o Levantamento sobre Recursos Humanos para a Saúde e Educação Médica na Colômbia (OPS, 1967a) patrocinado pelo Ministério da Saúde, Associação Colombiana de Faculdades de Medicina, a OPS/OMS e a Milbank Memorial Fund de Nova York.

Entre 1964 e 1967 levou-se a efeito o planejamento e execução do estudo em questão, que inclui várias áreas de estudo: 1) População; 2) Mortalidade; 3) Morbidade e 4) Recurso médico.

O inquérito Nacional de Morbidade (terceira área) teve os seguintes objetivos:

- 1 - Determinar as causas, magnitude e severidade da morbilidade, e identificar os fatores ecológicos mais importantes que a influenciavam.
- 2 - Estudar o impacto econômico e social da doença sobre o indivíduo, a família e a comunidade.
- 3 - Conhecer as características do atendimento médico e de outros serviços de saúde, assim como os seus sistemas de financiamento.
- 4 - Verificar o grau de integridade e veracidade dos registros sobre alguns fatos vitais.

Foram pontos fundamentais deste inquérito:

- 1 - Constituiu-se numa pesquisa piloto para a América Latina, pela utilização de recursos disponíveis, amplitude de dados estudados, adoção de métodos, técnicas e procedimentos praticados, qualidade e nível do pessoal participante, cálculo de custos operacionais e dificuldades permanentes operacionais, atitude da população e eficiência dos diversos aspectos do programa.
- 2 - O sujeito da pesquisa foi a população civil, não institucional, residente nos Departamentos (Estados) do país, estudada através de uma amostra probabilística de domicílios e indivíduos.
- 3 - Os métodos, procedimentos e técnicas utilizados foram estandarizados, cientificamente válidos, e de aplicação uniforme.

Esta pesquisa de morbilidade compreendeu duas fases definidas e complementares:

- 1 - Entrevistas domiciliárias. Mediante entrevistas diretas à família no seu domicílio, estudaram-se suas características, o cenário onde se desenvolve a doença, os fatores que a influem, seus efeitos e as fontes de atendimento médico nos as-

pectos mais importantes.

2 - Avaliação clínica. Mediante exame clínico de uma amostra das pessoas entrevistadas, obteve-se informação objetiva sobre seu estado de saúde. Esta informação tem especial valor sobretudo nas doenças que não demandam atendimento médico, nem hospitalização ou que não podem ser reconhecidas pelos pacientes. Permite ainda, realizar mensurações físicas como base de padrões de "normalidade" biológica.

A população estudada correspondeu a 98,7% da existente no país. Excluíram-se alguns territórios (Intendências e Comissárias), por sua enorme extensão (47,3% da superfície do país); sua diminuta população (1,3% do total); e suas precárias e rudimentares vias de comunicação.

A amostragem foi probabilística, em fases sucessivas, a partir de estratos que representavam diversas áreas geográficas, altitudes e outras características, e através de um sistema de seleção controlada, selecionou-se ao azar, uma unidade primária.

A maioria das unidades primárias era constituída por um município ou agregado de municípios. As cidades mais populosas continham várias unidades.

Numa segunda etapa de cada unidade, tomaram-se segmentos de aproximadamente, dez moradias. Em cada moradia havia uma ou mais famílias.

O tamanho da amostra foi de 8.950 famílias, constituídas por 52.964 pessoas, das quais foram entrevistadas 97,2%. A sub-amostra para exames clínicos foi de 10% daquela e abrangeu 5.258 pessoas, tendo-se conseguido uma cobertura de 95,6% de exames.

A Escola de Saúde Pública da Universidade de Antioquia, Colômbia (ENCUESTA DE MORBILIDAD, 1964), realizou no ano de 1964, um inquérito de morbilidade nos municípios de Turbo e Apartadó em Urabá, região noroeste do país, limitada pelo Oceano Atlântico, e Panamá. Este inquérito, efetuado pelo alu-

nos, médicos, odontólogos, e veterinários daquela escola, teve por unidade amostral a família e sua moradia e por unidade de inquérito as pessoas componentes da mesma. Foram estudadas 162 famílias e 956 pessoas.

Este inquérito compreendeu: o estudo das condições sanitárias das moradias, história clínica e exame físico, incluindo observação estomatológica, além dos seguintes exames de laboratório: parasitoscópico de fezes, taxas de hemoglobina, prova da tuberculina nos menores de 15 anos de idade e abreuografia aos maiores de 5 anos de idade. Foram feitas radiografias do tórax aos suspeitos e, em casos especiais realizaram-se os seguintes exames: escarro, sorologia (RPR), citoquímico de urina, glicemia, azotemia, esfregaços de secreções faríngeas, biópsias e hemograma. Os diagnósticos foram revisados por médicos internistas, dermatologistas e pediatras.

Este inquérito teve o mérito de se constituir numa prática de campo, realizada em área nunca antes estudada sob o ponto de vista da saúde, pois trata-se de zona madeireira selvática de difícil acesso. O estudo demonstrou as precaríssimas condições de saúde individual e ambiental daquela população (semente 5,6% das pessoas foram consideradas sadias), assim como a carência absoluta de recursos para resolver tal situação.

No Brasil, até a década de cinquenta era pequeno o número de inquéritos de morbidade (GALVÃO, 1953) e inquéritos de âmbito geral, embora a literatura registre numerosas referências de estudos de caráter local sobre problemas especiais. Estes inquéritos, em geral, não foram baseados em amostras probabilísticas e assim os achados, embora muitas vezes de importância considerável, não podem ser generalizados (SILVA, 1961). A carência de trabalhos desta natureza é posta em relevo por vários autores (SCORZELLI, 1952; MORAES, 1954; SCHMID, 1959).

Como exemplo dos trabalhos até então realizados (GALVÃO, 1953) podem ser citados: o efetuado em Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro, por COSTA em 1944, cujos dados então eram inéditos. O realizado por CHRISTOVÃO & CHOPE em 1947, em

aproximadamente 25.000 pessoas do Bairro Jardim América de São Paulo, oportunidade em que o autor estudou algumas características da população sob o ponto de vista médico, social, econômico e de saneamento do meio e ainda o inquérito de Bom Jesus da Lapa, na Bahia, realizado por CALDAS em 1949.

Além das citações anteriores, a seguir faremos menção de trabalhos nacionais que na sua quase totalidade constituem Teses. A maioria são inquéritos específicos, porém, dignos de serem mencionados, pois sem dúvida representam um marco de referência na literatura médica do Brasil.

Em inquérito fotofluorográfico realizado em 39.488 pessoas pertencentes aos quadros de trabalho de 74 fábricas de São Paulo, cujo número de operários variava entre 100 e 3.000, GUSMÃO (1948) pesquisou suspeita de tuberculose, alterações cardiovasculares e outros achados referentes ao tórax, mediastino, pulmões e diafragma. Encontrou 1,2% de tuberculose provável, 1,4% e 1,8% de possíveis alterações do coração e grandes vasos respectivamente. Analisou, entre outras variáveis, sexo, cor, idade, tipo de trabalho, características das famílias dos examinados, tipo de habitação e aluguel, água, esgoto, grau de alfabetização, renda familiar e procedência dos indivíduos. Finalmente, esboçou um programa de combate à tuberculose na população operária de São Paulo.

No trabalho "Contribuição para o estudo do problema da sífilis na Capital de São Paulo", BARROS (1951) revisa as fichas médicas de várias entidades com serviços de atendimento médico. Estudando os resultados das sorologias para lues efetuadas, estabelece taxas de prevalência relacionadas às variáveis sexo, idade, estado civil e situação econômica.

Entre 20.892 fichas de operários filiados ao SESI em que figurava exame sorológico, encontra a taxa de positividade de 3,8%.

Entre os estudantes da Universidade de São Paulo que em 1950 foram examinados na Faculdade de Saúde Pública de

São Paulo, encontrou 2,2% de positividade em soro reações. Contatou a referência pelos estudantes de antecedentes venéreos entre 4,3% a 15,6%, sendo que a doença venérea mais freqüente, foi a blenorragia (65% dos estudantes a referiam). Analisa a diferença de freqüência de sífilis entre diversas unidades docentes da Universidade.

Esse mesmo autor citando várias estatísticas de estudo realizados entre as Forças Armadas do Brasil refere a prevalência encontrada de 15,44%. Analisa as diferenças de freqüência da sífilis entre as diversas armas que compõe o exército, assim como entre diversos graus de escalão militar.

Entre presidiários encontra grupos que alcançam 55% de sorologias positivas; e entre prostitutas da zona de meretrício de São Paulo, encontra até 83,6% de positividade.

Em Araraquara (Estado de São Paulo), GALVÃO (1953) realizou um estudo constando de duas partes: a primeira referente ao censo sanitário, a segunda ao inquérito coprológico; ambas, nas zonas rural e urbana. Planejou uma amostra correspondente a 25% da população estratificando-a em habitantes da cidade e das vilas, propriedades rurais extensas (latifúndios) e conjunto de fazendas, sítios, chácaras e pequenas propriedades rurais. O procedimento do sorteio das casas permitiu que a amostra fôsse casual. A amostra para o inquérito coprológico foi de um terço da amostra do censo sanitário. Na análise deste censo o autor referiu-se à pirâmide etária, à classificação da população em função da idade dos habitantes, aos atributos de sexo, cor, distribuição rural e urbana, economia familiar, condições de higiene e características de construção da habitação. O inquérito coprológico foi analisado em relação à freqüência de tipo de enteroparasitas, e à distribuição dos mesmos, segundo cor, sexo, idade, incidência rural e urbana.

Dois trabalhos sobre morbidade, da maior importância dentro do gênero no país, foram efetuados por SILVA (1961, 1966). O autor utilizou metodologia apurada e análise crí

tica dos dados.

O primeiro trabalho sobre "Índices de Morbidade em um Grupo de Famílias na Cidade de Salvador" baseou-se num inquérito geral de morbidade em que a família foi a unidade básica da amostragem. A amostra incluiu 13% aproximadamente dos agregados familiares da área, tendo sido obtida por randomização em estágio único.

Este trabalho constou de duas partes: uma referente às características da família e da habitação: composição familiar, ambiente físico da residência, ingresso familiar, aluguel, antecedentes de alcoolismo, gestações, crianças nascidas vivas, óbitos fetais, óbitos no período de vida neonatal, pós-neonatal e infantil. Esta fase foi levantada pela enfermeira, que após preencher a correspondente ficha familiar enviou os membros de cada família à Clínica de Família do Hospital das Clínicas, onde se realizou a avaliação médica do indivíduo ou seja procedeu-se à segunda parte do trabalho que constou do preenchimento de um formulário que continha: interrogatório sobre grau de instrução e situação de trabalho, antecedentes epidemiológicos de esquistossomíase; história pregressa de tuberculose, diabetes, doenças exantemáticas e outras transmissíveis de alta incidência; antecedentes venéreos; afecções respiratórias e manifestações articulares; antecedentes cirúrgicos; história familiar quanto a doenças crônicas e degenerativas; e partes essenciais dos outros componentes da anamnese. A seguir, fez-se os exames físico e complementares (abreugrafia, parasitoscópico de fezes, hematológicos, urina de rotina, sorologia para lues, bacteriológico de garganta e nariz, grupos sanguíneos, pesquisa de células falciformes, reação cutânea para esquistossomíase).

O levantamento foi feito em 110 famílias. Houve 15% de famílias do bairro que se recusaram a cooperar e 11% que por vários motivos não foi possível submeter a observação. As demais foram observadas durante um ano com revisões mensais sobre os eventos ou doenças ocorridas durante este período de tempo.

No segundo trabalho, com o estudo de morbidade

específica sobre doença de Chagas em famílias, realizado em duas áreas restritas da Cidade de Salvador, na Bahia, conseguiu o autor sedimentar e aperfeiçoar sobremaneira os procedimentos e, em especial, a análise, que é verdadeiramente refinada. O autor compara as duas áreas sob os aspectos: demográfico, sanitário, prevalência da infecção pelo Tripanosoma cruzi, infestação dos triatomíneos, prevalência da doença de Chagas (através de exame médico e provas complementares), seleção de "casos" e "controles". Uma das áreas estava constituída de pessoas oriundas da Cidade de Salvador, e a outra de pessoas vindas do interior, especialmente do Recôncavo. A unidade de estudo foi a família, o que permitiu o controle experimental de variáveis dificilmente controláveis por outros métodos.

A hipótese de trabalho inicialmente formulada sobre a existência de associação entre a intensidade da infecção chagásica, especialmente durante a primeira década da vida e a prevalência da doença crônica foi suficientemente comprovada.

A metodologia utilizada consistente na comparação entre grupos de casos controles mostrou vantagens sobre outros métodos, especialmente pelos custos reduzidos.

A prevalência estimada em 14% pode ser considerada elevada para uma comunidade urbana. É particularmente alta em grupos mais idosos e sugere que as pessoas adultas estiveram, na maioria, altamente expostos à infecção nas áreas endêmicas do interior, de onde se originaram e viveram, durante muitos anos. Não se conseguiu demonstrar diferença significativa entre as prevalências da infecção nas duas comunidades e, em cada uma delas, os índices por sexo e idade eram semelhantes.

A frequência de determinadas manifestações ligadas a distúrbios dos aparelhos circulatório e digestivo entre indivíduos sorologicamente positivos foi duas ou mais vezes maior que no grupo negativo.

Outros dois estudos, estes sobre morbidade específica, foram realizados por WILSON (1964, 1966): um sobre Epi-

demologia do Diabetes Mellitus na cidade de Carinu, Estado de São Paulo; outro sobre a Epidemiologia de Acidentes Domésticos em um subdistrito do Município de São Paulo.

O estudo sobre diabetes consta de um levantamento sobre a população maior de dez anos do citado Município, num total de 370 pessoas. Foi achada uma prevalência de 3,3% de diabéticos após haver submetido a população compreendida no inquérito a uma avaliação por interrogatório de antecedentes da doença na família e à dosagem da glicemia, em material colhido duas horas após o almoço. Os indivíduos suspeitos triados por este método, foram submetidos a uma curva de glicemia com amostras de sangue em jejum, aos 60, 120 e 180 minutos após a ingestão de glicose.

O estudo sobre acidentes domésticos foi feito na Vila Madalena, bairro da Cidade de São Paulo, área de influência do Centro de Saúde da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da USP. Por amostragem tecnicamente calculada sobre planta aereofotogramétrica foram selecionadas 500 habitações. Segundo um formulário especialmente preparado foram interrogadas, por entrevistadores convenientemente instruídos, as famílias residentes nestas casas. O autor do trabalho concluiu que os acidentes domésticos, dada a sua incidência, devem ser considerados como problema de saúde pública.

Num Bairro de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, HADDAD (1965), efetuou um Inquérito Epidemiológico sobre Cardiopatias Crônicas. Por amostragem estratificada, e considerando o tipo de construção das habitações, o autor selecionou 274 casas e realizou um levantamento das condições sócio-econômicas e estudo clínico dos moradores. Este constou de tomada de pressão arterial, sorologia para lues e Chagas, eletrocardiograma e exame físico das pessoas. Encontrou o autor 11,2% de cardiopatias, cujas causas, em ordem decrescente de importância, foram: hipertensão arterial, doença de Chagas, aterosclerose coronariana, febre reumática, e malformações congênitas. O autor faz importante estudo analítico com respeito à pressão arterial.

A prevalência de sorologia positiva para doença de Chagas e sífilis foi de 5,2% e 2,6% respectivamente.

O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, como parte de um programa de desenvolvimento comunitário da Região denominada Nordeste de Amaralina, realizou um Inquérito de Morbidade obedecendo à metodologia do Interrogatório Direto, a partir de uma amostra feita em fases sucessivas (PUGLIESE *et alii*, 1969). A unidade amostral foi a família. Foram utilizadas plantas aerofotográficas.

É o primeiro trabalho deste gênero realizado no Brasil, e compreendeu 500 domicílios e 2.228 pessoas. Foram estudados, aspectos demográficos, econômicos, sociais, de higiene da habitação e morbidade relacionado com acidentes. Considerou-se o ausentismo do trabalho, os problemas da utilização dos serviços médicos, hospitalares e odontológicos e o custeio dos mesmos.

No "Inquérito sobre o Estado de Nutrição de um Grupo de População da Cidade de São Paulo", GANDRA (1954a, 1954b, 1955, 1956a), examinando 4.208 pessoas supostamente sadias, de todas as idades e pertencentes à população de acompanhantes de pacientes que procuravam os Centros de Saúde da Capital para atendimento médico, comprova elevadas taxas de desnutrição. O estudo compreendia: exame clínico, exame parasitológico de fezes, e pesquisa laboratorial no sangue e na urina de proteínas séricas, fosfatase alcalina, hemoglobina, contagem de glóbulos vermelhos, determinação de ácido ascórbico, niacina, tiamina, riboflavina e vitamina A. O autor não define as condições para escolha da amostra das pessoas examinadas.

Este mesmo autor (GANDRA, 1964; 1966) em nova pesquisa que denominou: "Contribuição para o Estudo do Bócio Endêmico no Estado de São Paulo", examinou 57.849 escolares entre 8 e 14 anos, pertencentes a grupos de 154 cidades do Estado. Com-

provou existência de bócio em 19,29% e 6,18% dos examinados, respectivamente na Capital e no Interior. A prevalência foi maior na mulher e nos não brancos, e se elevava à medida que a idade aumentava. Baseado na técnica recomendada pelo "INCAP" para pesquisa clínica do bócio, o autor comprovou 95% do tipo I; 4,2% do tipo II; 0,03% do tipo III.

Em subamostras de escolares, o autor efetuou várias provas de função tireoídiana (captação de iodo radioativo, dosagem de iodo orgânico ligado às proteínas séricas, medida do rádio-iodo ligado às proteínas plasmáticas, excreção urinária do iodo, e comprovação de anticorpos antitireoglobulina), comprovando que existia comportamento diferente nos resultados entre os escolares com bócio e os normais. Pesquisando amostras da água de abastecimentos públicos de 151 cidades encontrou uma taxa de iodo, abaixo das necessidades e nas águas comerciais de 153 cidades o autor comprovou inadequada mistura ou dosamento irregular de iodeto.

Decorridos 23 a 26 meses após o primeiro exame, o autor reexamina clinicamente 3.062 escolares de 19 cidades e encontra taxas significativas iguais às encontradas anteriormente, o que comprova o rigor com que foi verificado esse exame, além de aventar a hipótese de que as condições de carência de iodo continuavam sem modificação.

A prevalência de bócio em parentes de escolares portadores desta doença foi maior que em parentes de escolares não portadores, fato este estudado em 5 cidades.

O autor ~~conclui~~ conclui que existe endemia de bócio no Estado de São Paulo, pois as taxas encontradas ultrapassam 10%. Acredita também, que sendo baixa a presença de iodo na natureza, será possível combater a endemia por meio de complementação de tal elemento na alimentação.

Na pesquisa "Contribuição à Epidemiologia das Leptospiroses" MAGALDI (1962), estuda sorologicamente 200 trabalhadores da rede de esgoto da cidade de São Paulo. Adotando a téc-

nica de aglutinação ao microscópio com leptospi^{ras} vivas, modificada por BABUDIERI, utilizou 15 soro-tipos diferentes de leptospi^{ras} e comprovou que a positividade da reação sorológica era mais freqüente entre aqueles trabalhadores que mais diretamente estavam relacionados com o esgoto. O grupo etário mais atingido foi o de 30 a 34 anos. Quanto a tempo de serviço o grupo que acusou maior positividade, foi aquele que trabalhava de 1 a 5 anos. Somente em 7% dos casos houve antecedentes de isterícia e entre os sintomas evidenciados muito poucos correspondiam especificamente à doença. Estudou ademais, o fenômeno da coagulação, a freqüência dos tipos de leptospi^{ras} e as infecções associadas, comprovando pela primeira vez no Brasil a existência de infecção com L. Saxcoebing, L. hyos, L. australis, L. pomane, L. mini, L. bataviae, e L. poi. Após a análise sobre o limite aceitável de anticorpos para considerar presente uma infecção por leptospi^{ras}, usando a técnica sorológica mencionada, adota o título mínimo de 1/500.

Em inquérito denominado "Contribuição para o Conhecimento da Epidemiologia da Difteria no Município de São Paulo" SANTOS (1963), estuda a suscetibilidade e a resistência de crianças escolares à doença. Seleciona por amostra probabilística 1.092 crianças pertencentes a 8 grupos escolares da Capital, e comprova que nesse grupo existe alta suscetibilidade à infecção. Como parte do estudo, faz uma análise retrospectiva da morbidade da difteria entre 1926 e 1960.

A prevalência da toxoplasmose, na Cidade de São Paulo e entre os Índios brasileiros do Alto Xingú, foi pesquisada por JAMRA (1964) e por BARUZZI (1968), respectivamente.

O estudo de São Paulo foi feito num bairro sob o controle sanitário do Centro de Aprendizado da Faculdade de Higiene e Saúde Pública. A partir das fichas familiares dos arquivos do Centro a autora faz uma seleção probabilística de famílias, e nos membros destas faz a prova da toxoplasmina e a reação sorológica de Sabin-Feldman, encontrando positividade de

54% para a primeira e de 67% para a segunda. Os resultados são analisados tendo em conta as seguintes variáveis: idade, cor, situação econômica, ocupação, problemas obstétricos. A autora correlaciona a positividade sorológica com a existência de animais domésticos e compara os resultados obtidos das duas provas utilizadas na pesquisa.

No Alto Xingú, o autor examina 254 indígenas (2/5 da população indígena daquela região) pertencentes a famílias que procuravam o posto de atendimento. Este grupo estava constituído por pessoas de todas as idades, igualmente distribuídas entre homens e mulheres. O estudo é importante por se tratar de uma pesquisa realizada dentro de um programa de atenção à comunidade estabelecido pela Escola Paulista de Medicina de São Paulo, e por haver pesquisado algumas variáveis antropométricas. O exame clínico foi de difícil execução dada a impossibilidade da comunicação verbal.

Utilizando a técnica de CAMARGO (1964), o autor encontrou 51,6% de sorologias positivas, a partir do título 1/16, sendo o título 1/256 o mais freqüente (29,8%); 88,5% dos soros se encontravam entre os títulos 1/16 e 1/1024, e o mais alto encontrado foi de 1/32.000.

O autor conclui: "a prevalência de anticorpos ao toxoplasma numa população isolada, homogênea do ponto de vista étnico e de hábitos e costumes idênticos àqueles dos homens primitivos, não difere, substancialmente, daquela observada numa população de grandes centros civilizados, ou daquela verificada em pequenos núcleos populacionais da região amazônica". Comparando com pesquisas realizadas em São Paulo (JAMRA, 1964) e no Amapá (DEANE et alii, 1963) o autor infere que, a disseminação da toxoplasmose não é influenciada por hábitos civilizados.

Num trabalho pouco freqüente em nosso meio que SCHMID (1966) denominou "Contribuição para o Conhecimento da Epidemiologia da Febre Tifóide através de Pesquisa de Portadores", a partir de doentes das enfermarias do Hospital de Isola-

mento "Emílio Ribas" de São Paulo com diagnóstico de febre tifoide, estudam-se sob o ponto de vista laboratorial, 165 pessoas de 27 famílias contatos que moravam distribuídas nos mais diversos lugares da cidade. Faz uma análise sobre o significado dos anticorpos "O", "H" e "Vi" e ao estudar os resultados das sorologias encontra menos de 1% de indivíduos provavelmente portadores da doença. Examinando fezes e urina por meio de cultura, encontra 5 pessoas portadoras de Salmonella typhosa (3,0%); destes, 2 tinham padecido da doença.

O autor conclui que sendo baixa a incidência de doentes, também é baixa a incidência de portadores e que, se fossem pesquisados portadores em grande escala, e estes pudessem ser convenientemente tratados, eliminar-se-ia, desta maneira, a doença.

BARUZZI & IUNES (1970) publicam um esboço de estudo sobre as condições de saúde das Tribos Indígenas do Alto Xingú, no qual, além de aspectos étnicos e sócio culturais das tribos nesta área existentes, relatam terem efetuado atividades médicas e profiláticas.

Os autores focalizam na sua publicação os seguintes assuntos:

1) O levantamento das características de uma população de 806 indígenas, segundo idade, sexo e algumas peculiaridades tribais.

2) Determinação das condições de saúde dos indígenas através de exame clínico e laboratorial, orientado este último especialmente para a doença de Chagas, a leishmaniose cutânea e visceral, a esquistossomose mansônica, a toxoplasmose, a malária e o parasitismo intestinal.

Alguns exames foram realizados em laboratório instalado no local da pesquisa, outros foram executados em São Paulo na Escola Paulista de Medicina, onde se organizou um Banco de Soro do Índio.

O levantamento das condições de saúde dos indíge

nas serviu, segundo os autores, para fixar prioridades de atendimento aos silvícolas.

3) Imunizações contra o sarampo, a poliomielite e a tuberculose, assim como atendimento médico, direto ou através de consulta por telecomunicação ou por meio de hospitalização no Hospital São Paulo, dos indígenas que precisando deste serviço foram trasladados por via aérea.

Toda esta programação esteve a cargo do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina de comum acordo com a Direção do Parque do Alto Xingú, auxiliados pela Força Aérea Brasileira e pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Tratando-se de um levantamento inédito realizado por instituição universitária, lamentavelmente a publicação em questão não comunica absolutamente nada sobre metodologia e nem dá a conhecer os dados clínicos ou laboratoriais achados, fatos que contribuiriam sobremaneira a ilustrar e incentivar a pesquisa de morbidade em circunstâncias tão especiais e difíceis como seguramente é a selva amazônica. Tampouco, os autores dão a conhecer as prioridades nem o planejamento das anunciadas medidas para a preservação das tribos com o auxílio da medicina, aspectos que foram definidos como objetivos básicos da publicação.

XAVIER (1971), investigou a incidência de fraturas ósseas durante o ano de 1969, no Município de Ribeirão Preto, em 2.243 pacientes atendidos em sete serviços de Ortopedia e Traumatologia existentes naquele Município. O autor encontrou uma taxa geral de 11,43 casos de fratura por mil habitantes, sendo 15,80% entre homens e 7,27% entre mulheres. A incidência foi muito maior nas pessoas com idade acima de 75 anos em ambos os sexos. Houve a oportunidade de estudar a distribuição anatômica e os mecanismos externos das lesões, assim como a tendência periódica ou sazonal.

C A P Í T U L O I I I

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Para intitular um capítulo de um estudo que trata de pessoas ou pacientes, consideramos imprópria a epígrafe, "Material e Métodos", uma vez que "material" diz respeito a coisas e objetos, nunca a seres humanos (PECORARO apud PERRONE (1968); MORAIS (1970); por isso decidimos adotar a expressão "casuística" ao invés daquela (PERRONE, 1968).

A - CARACTERÍSTICAS DO INQUÉRITO

Dadas suas características, este inquérito pode ser classificado da seguinte maneira: quanto à amplitude, é um inquérito de morbilidade geral; quanto à extensão, é circunscrito; quanto ao tempo, é atual ou instantâneo, e quanto ao método de coleta de dados empregado, trata-se de um estudo de exame clínico multifásico e experimental de métodos.

B - OBJETIVOS

a. Objetivos gerais (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS... , 1965a; 1965b; 1965c; 1965d; 1966a; 1966b):

1 - Determinar o estado de saúde das pessoas componentes das famílias amostradas e pesquisar as características da morbilidade quanto a: causas possíveis, frequência, distribuição e alguns fatos ecológicos correlatos.

2 - Desenvolver procedimentos metodológicos que permitam:

2.1. Definir bases para a planificação e operação de pesquisas deste tipo em nosso ambiente de trabalho.

2.2. Adotar técnicas para a obtenção de informação adequada em qualidade e quantidade: desenvolvimento de unidades de medida, procedimentos de exames coletivos e critérios diagnósticos.

b. Objetivos específicos (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1965a; 1965b; 1965c; 1965d; 1966a):

1 - Determinar entidades patogênicas que somente podem ser reconhecíveis pela avaliação clínica:

1.1. Entidades que a pessoa não informa em outro tipo de inquérito (Entrevista domiciliar, por exemplo)

1.2. Entidades não reconhecíveis pelo paciente, porém, evidenciáveis mediante as técnicas diagnósticas do exame.

1.3. Entidades não admissíveis nos hospitais por não requererem hospitalização ou porque a sua admissão não é permitida.

2 - Correlacionar os achados clínicos com as mais importantes variáveis da população examinada.

3 - Obter vários indicadores de morbidade clássicos e propor uma unidade de medida que permita expressar quantitativa e graficamente os dados de diagnósticos, segundo eles tenham sido evidenciados pelos informes da anamnese, pelo exame físico, pelo laboratório ou pela combinação destes.

c. Limitações "a priori" determinadas (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1965a; 1965b; 1965c; 1965d; 1966a):

A avaliação clínica tem limitações que se originam em várias circunstâncias e que, de antemão, por reconhecê-las e aceitá-las, a seguir determinamos:

1 - Pelo tamanho da amostra, o método em apreço somente permite obtenção de conclusões aplicáveis a uma população limitada. Em relação à exatidão dos dados só podem ser relacionados com situações de relativa alta prevalência.

2 - Por se tratar da captação momentânea da situação, cremos que a visão retrospectiva e prospectiva dos fatos, está limitada, o que seleciona, em certo grau, as condições crônicas, que são as de maior prevalência.

3 - Alguns grandes capítulos de morbidade são omitidos ou não recebem tratamento adequado, como o caso das doenças neoplásicas, das doenças mentais e dos problemas compreendidos na denominada "patologia social".

4 - A falta de uma metodologia para este tipo de estudo, a carência de pessoal adestrado e de meios adequados para a pesquisa dificultam a realização desta linha de pesquisa.

C - ÁREA DO ESTUDO

Justificativas da escolha da área

O Bairro Jardim dos Oliveiras (BJO), (Figura 12), da Cidade de Campinas, é a área onde se efetuaram os trabalhos práticos e de campo do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, desde o ano de 1966. Sua seleção foi decorrente da necessidade sentida pelo referido Departamento, de atividades preventivo-assistenciais, docentes e de pesquisa. Levou-se em conta o fato de se tratar de um Bairro de fácil acesso e farta condução, com uma comunidade não muito numerosa, ocupando uma extensão limitada, não tendo sido anteriormente trabalhada por qualquer entidade assistencial, nem sofrido influência política; e porque, além de necessitar de serviços médicos, a comunidade, através da sua Sociedade Amigos do Bairro, estava disposta a colaborar com os programas previstos pelo Departamento (TOBAR, 1969; 1970).

D - AMOSTRA

O universo do nosso estudo compreendeu somente alguns dos setores do "BJO": Segunda, Terceira e Quarta Partes; Vila "Carlito"; Vila "Okita"; e Vila "Antônio Lourenço". Este universo (Figura 13), foi delimitado e estudado, primeiramente através de um Censo Demográfico-Sanitário em 1966 (TOBAR, 1969; 1970), depois em 1968, por ocasião de trabalho conjunto entre os Departamentos de Medicina Preventiva e Social, Obstetrícia e Ginecologia, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade

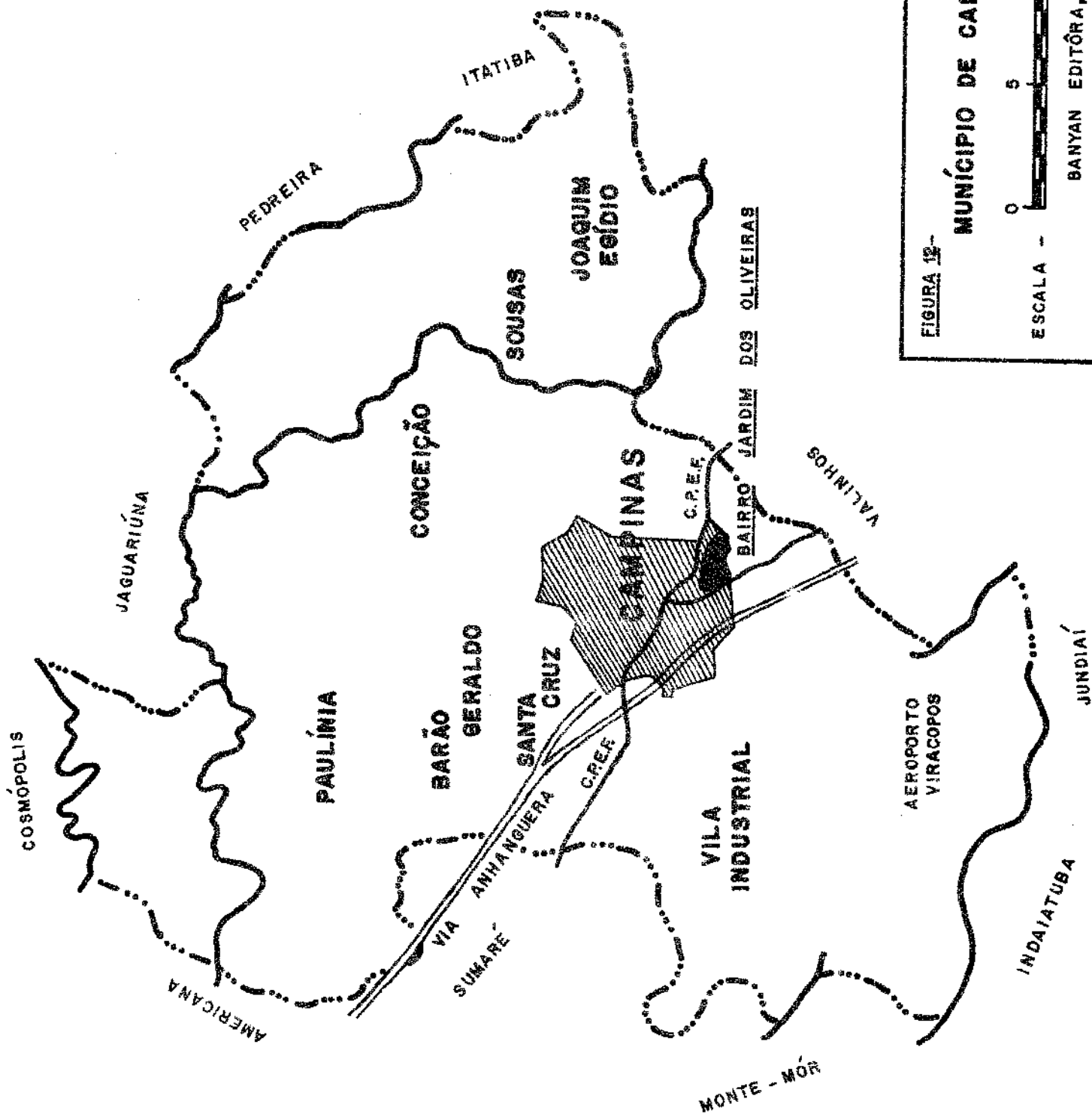


FIGURA 12-

MUNICÍPIO DE CAMPINAS

ESCALA - 0 5 10 km

BANYAN EDITORA, CAMPINAS - 1987.

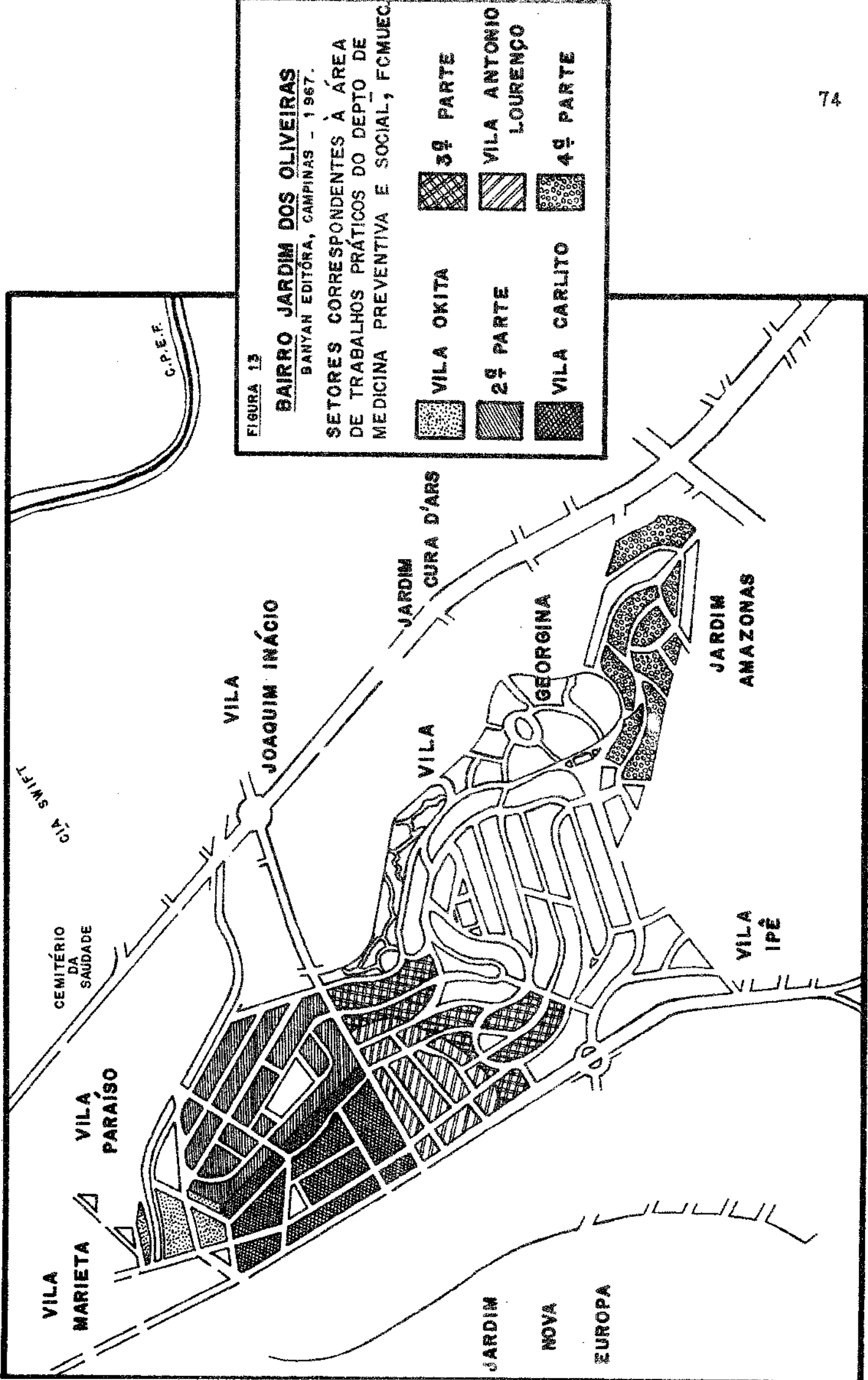


FIGURA 13

BAIRRO JARDIM DOS OLIVEIRAS

BANYAN EDITORA, CAMPINAS - 1967.

SETORES CORRESPONDENTES À ÁREA
DE TRABALHOS PRÁTICOS DO DEPTO DE
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, FCMUEC

	VILA OKITA		3ª PARTE		VILA ANTONIO LOURENÇO		4ª PARTE
	2ª PARTE		VILA CARLITO				

Estadual de Campinas, atualizaram-se as plantas existentes e processou-se o levantamento de cada uma das famílias que moravam nestes setores.

Este último levantamento evidenciou a existência de 991 habitações e 962 famílias, demonstrando um considerável aumento das mesmas em relação ao censo de 1966. Por tal motivo, optamos pelo levantamento atualizado em 1968 para que servisse de base ao nosso universo de estudo.

Considerando que o total aproximado de 4.810 pessoas que habitavam os setores do universo adotado, constituía um número excessivo para ser examinado clinicamente, dada a carência de recursos e a limitação de tempo, decidimos estudar, tão somente, uma amostra que representasse o universo, recurso aceito e recomendado por considerável número de autores (GALVÃO, 1953; HILL, 1958; SILVA, 1962; SWAROOP, 1964; SWAROOP *et alii*, 1969; PINHO, 1965, 1968; PASCUA, 1965; HADDAD, 1965; COCHRAN, 1965; OMS, 1966b; WILSON, 1966; MAILAND, 1966; GOMES & LOSSE, 1968).

Adotamos a Família, como Unidade Básica de amostragem; e o Indivíduo, como Unidade de Inquérito. Entende-se por unidade básica, a documentação que permite eleger as unidades de amostragem (OMS, 1966b), que em nosso caso, é a lista de famílias, obtida a partir do levantamento de 1968, já citado.

A família, neste tipo de estudo, é considerada importante, pois os dados oferecidos pelas taxas de mortalidade e de morbidade das estatísticas de saúde, não esclarecem acerca do lugar onde ocorrem os eventos individuais. Sabemos que muitos destes eventos vitais afetam a família como uma unidade, da mesma forma que a família tem seu efeito sobre tais eventos (SWAROOP, 1964).

Geralmente os estudos biomédicos têm sido dirigidos para a coletividade ou para o indivíduo. Nestes dois extremos, desenvolve-se toda a atividade de saúde, deixando de lado a família, que como núcleo básico, forma a comunidade. Aquela por sua vez comporta o indivíduo; portanto, qualquer alteração

que haja na coletividade ou no indivíduo afetará, seguramente, o núcleo familiar.

"A família é o princípio da experiência emocional mais intensa que o indivíduo tem no decurso da sua vida. O nascimento, a puberdade, o casamento e a morte, são experiências familiares. A família é fonte de segurança serena, assim como de insegurança angustiosa; de amor e de ódio; de orgulho e de vergonha; de êxtase e pena" (DUNN & GILBERT, 1956). "É uma pequena maravilha que os dramas e as crises familiares tenham um efeito profundo no decurso da saúde e da doença" (SWAROOP, 1964). Estas e outras considerações têm levado muitos autores a se interessarem pelo estudo da morbidade e outros eventos na família.

Baseando-se no anteriormente exposto, selecionamos 49 famílias, ou seja, 5% do total de famílias da mencionada área, para constituir a amostra, por nós considerada como "probabilística ou aproximadamente suficiente" ao nível de 5%.

Procurando que a "população amostrada" (amostra) coincidisse aproximadamente com a "população objetivo" (universo) (COCHRAN, 1965), decidimos escolher a técnica da "amostragem sistemática", pelas seguintes razões:

1 - Como o presente inquérito tem finalidade múltipla, a estratificação "adequada" para um dos fatores estudados, poderá ser inaplicável para outro fator também estudado. Por outro lado, considerando que a variabilidade entre os diferentes estratos e dentro dos mesmos, não é muito acentuada, uma amostra estratificada no nosso caso, possivelmente não aumentaria a precisão na análise dos resultados (OMS, 1966b).

2 - A amostragem sistemática permite, mais facilmente, determinar a amostra sem erros, sendo provavelmente mais precisa que a amostragem casual simples. O fato de ser sistemática, permite estratificar a população em n estratos, que são constituídos pelas diferentes unidades que, sucessivamente, vão aparecendo conforme o sorteio. Desta maneira, é de se esperar que a amostra sistemática seja quase tão precisa quanto à correspondente a amostra casual estratificada, com uma unidade por estrato

to. A diferença está em que, na amostra sistemática, as unidades se sucedem na mesma posição relativa dentro do estrato, enquanto que, na amostra casual estratificada, a posição dentro do estrato é determinada, independentemente pela casualidade dentro do mesmo estrato. A amostra sistemática distribui-se de maneira mais uniforme através da população, e esse fato, às vezes, torna a amostragem sistemática mais precisa que a amostra casual estratificada (COCHRAN, 1965; SWAROOP, 1964; MATHEN, 1965).

3 - A extensão, a heterogeneidade e o número de unidades amostrais e de inquérito do presente estudo não têm suficiente amplitude para recorrer a um tipo de amostragem de fases sucessivas (SWAROOP, 1964; OMS, 1966b; HLTH. STATISTICS, 1958a; SCOTT, 1965; ROUQUETTE, 1965; MATHEN, 1965; GOMEZ & IOSEE, 1968).

Escolhida que foi a técnica por amostragem sistemática, procedemos à determinação da amostra. Para tanto utilizamos lista das famílias, assim como, plantas obtidas no levantamento realizado em 1968. Primeiramente selecionamos a amostra destinada a um outro inquérito de morbidade por interrogatório direto (entrevista domiciliar) que representou 10% da população; desta obtivemos uma segunda amostra que correspondeu ao nosso estudo, representando 5%. Procedemos da seguinte forma: sorteamos entre os números de 1 a 10, o número 2, após o que, foi só seguir a ordem numerada da lista, tendo escolhido 98 famílias para o estudo de entrevista domiciliar e 49 para o presente estudo, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Para a convocação das famílias ao exame médico dos seus componentes, convencionou-se que, caso uma família não aceitasse fazer parte da pesquisa, seria convidada a família correspondente ao número imediatamente anterior, e na hipótese desta também não aceitar, seria convidada a imediatamente posterior, e assim sucessivamente, até se obter aceitação. Isto permitiria conservar uma distribuição homogênea (Figura 14), porém, na realidade este fato sofreu alguma variação que mencionaremos mais adiante.

TABELA 1 - Número e distribuição das famílias em setores do "BJO", segundo o levantamento de 1968 e da amostra do inquérito objeto deste estudo.

SETORES	FAMÍLIAS DO UNIV <u>E</u> RSO DE ESTUDO		NÚMERO DE FAMÍLIAS DA AMOSTRA (5% DO UNIVERSO)
	Nº	%	
Segunda Parte	387	40,22	20
Terceira Parte	173	17,98	9
Quarta Parte	117	12,16	5
Vila "Carlito"	126	13,09	7
Vila "Okita"	59	6,13	3
Vila "Antônio Lourenço"	100	10,39	5
TOTAL	962	100,00	49

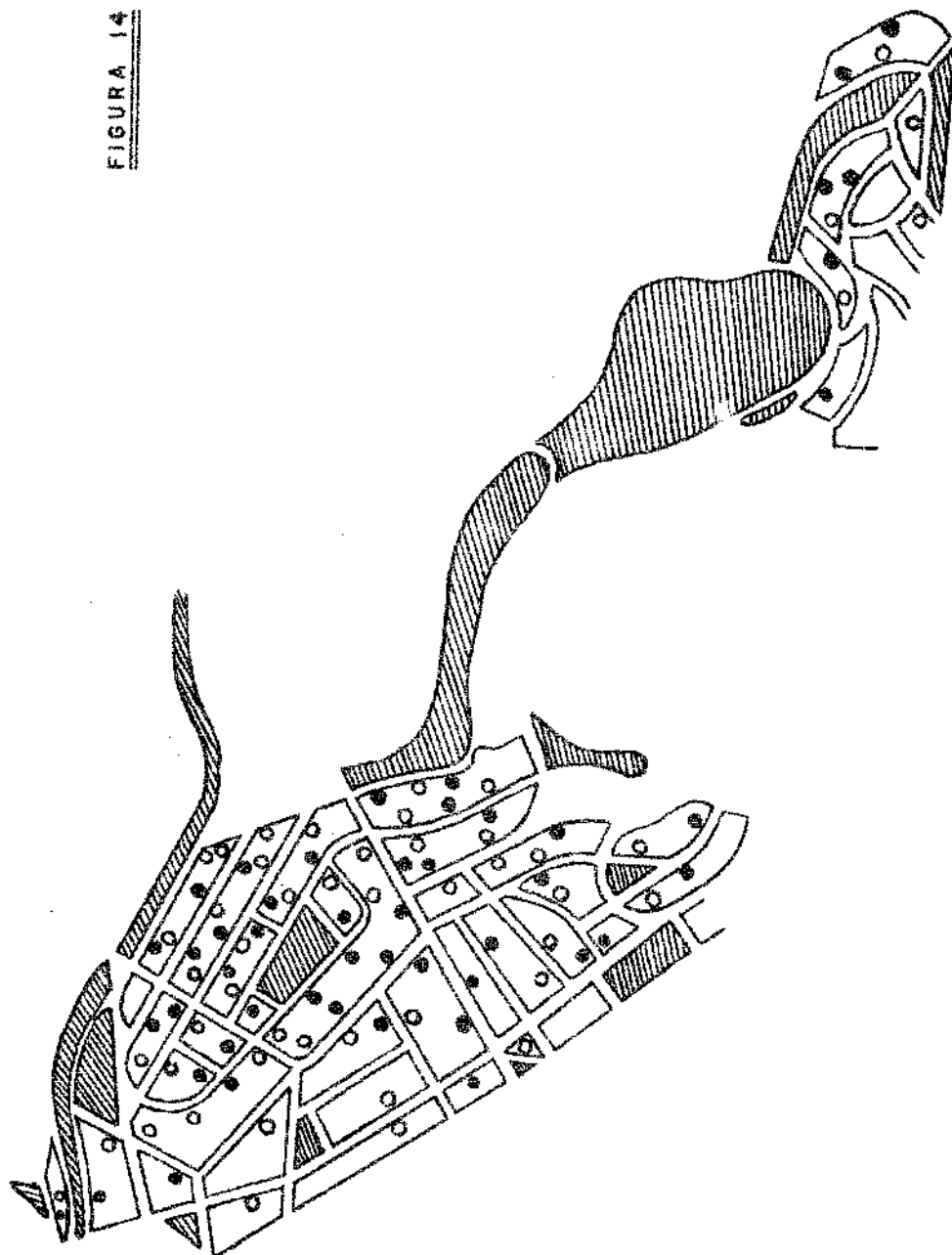


FIGURA 14 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SISTEMÁTICA, DO ESTUDO DE MORBIDADE, NOS SETORES DA ÁREA DE TRABALHOS PRÁTICOS, DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, (FCM, UEC), NO BAIRRO JARDIM DOS OLIVEIRAS, CAMPINAS, E.S.P.

- AMOSTRA DO ESTUDO AVALIAÇÃO CLÍNICA
- AMOSTRA DO ESTUDO POR ENTREVISTA FAMILIAR

E - PROTOCOLOS DE OBSERVAÇÃO. FORMULÁRIOS

a. A Observação Clínica (Apêndice 1)

O formulário para a História Clínica utilizada neste inquérito foi extraído do Estudo de Recursos Humanos para a Saúde e a Educação Médica da Colômbia (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1964a; 1964b e 1965e), adaptado às nossas possibilidades, porém, sem modificar fundamentalmente o seu conteúdo.

No que se refere aos aparelhos genital e reprodutor, foi adicionada a história clínica transcrita do ambulatório do "BJO", atendido pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, Obstetrícia e Ginecologia, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE..., 1969).

Este formulário clínico consta dos seguintes itens:

- 1 - Identificação.
- 2 - Antecedentes pessoais, patológicos, alimentares, traumáticos, cirúrgicos, familiares e de hospitalizações.
- 3 - Revisão de sintomas dos diversos órgãos aparelhos e sistemas.
- 4 - Exame físico geral, topográfico e especializado em odontoestomatologia e ginecologia.
- 5 - Exames complementares: urina (Labstix), parasitos cópicos de fezes, culturas de fezes, hematócrito, hemoglobina, glicemia (Microtécnica Dextrostix), grupo sanguíneo, soro-anticorpos (sífilis, doença de Chagas, toxoplasmosse, leptospirose) e provas cutâneas de Mantoux e Mitsuda-Hayashi.
- 6 - Síntese dos dados.
- 7 - Diagnósticos.

Como complemento da História Clínica, foram elaborados vários formulários especiais para solicitação de exames complementares, controle de comparecimento e de consultas.

b. Estudo da Habitação (Apêndice 2)

Utilizamos o mesmo questionário de 1966 (RECENSEAMENTO GERAL, 1966), embora ligeiramente modificado em alguns aspectos.

F - DO LEVANTAMENTO (Apêndice 3)

Definido o procedimento (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1965a; 1965b; 1965c; 1965d; 1966a), e feitas as adaptações ao modelo de história escolhido, este foi testado conforme recomendações de vários autores (OPAS, 1967a; HEALTH STATISTICS, 1960c). Foram examinadas 24 pessoas, componentes de 5 famílias voluntárias, das quais 4 pertencentes ao "BJO", e 1 de outro setor de Campinas.

Este teste nos permitiu desenvolver um trabalho em equipe, dirimir dúvidas, corrigir alguns aspectos do formulário e dos complementos deste, assim como, estabelecer o funcionamento dos procedimentos adotados.

Os detalhes do procedimento podem ser analisados no Apêndice 3.

O levantamento foi realizado de acordo com as disponibilidades de tempo e local, examinando-se uma média de três famílias por semana (entre 12 e 15 pessoas), trabalho este feito entre fevereiro e junho de 1969.

Os recursos com que contamos para este estudo, foram os seguintes:

1 - Recursos Humanos:

Dois Médicos, uma Odontóloga, uma Enfermeira, uma Assistente Social, uma Auxiliar de Enfermagem e uma Secretária-Datilógrafa.

2 - Recursos Institucionais:

Instituto de Matemática, Estatística e Ciências da Computação (IMECC-UEC); Laboratório Clínico e Banco de San-

gue da Faculdade de Ciências Médicas (UEC), localizados na Santa Casa de Misericórdia de Campinas; Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo e de Campinas (Laboratório Clínico e de Saúde Pública); Divisão de Transporte e Seção de Impressão (Mimeógrafo) da UEC.

3 - Recursos Materiais:

Local do exame: Departamento de Medicina Preventiva e Social, localizado na Santa Casa de Misericórdia de Campinas; materiais e aparelhos para exames médicos, odontológicos e de laboratório; papel, tinta, lápis e outros implementos de escritório; viatura para transporte das famílias e das amostras de laboratório.

4 - Recursos Financeiros:

Com exceção da Odontóloga, cuja participação foi voluntária e "ad-honorem" e dos materiais para o exame odontológico que pertenciam a esta profissional, os recursos foram provenientes da Universidade.

A impressão gráfica do trabalho é financiada pelo próprio autor da pesquisa.

G - CRITÉRIOS DE MENSURAÇÃO ADOTADOS

a. Generalidades

Não existem normas internacionais para os inquéritos de saúde, (LINDER, 1967); desta forma, os conceitos, as definições e os métodos utilizados, apresentam grandes diferenças. Quando se tenta estabelecer comparações metodológicas, são inevitáveis as definições inexatas ou pouco precisas, sobre os procedimentos e critérios seguidos.

A falta de métodos comuns, inclusive nos principais inquéritos nacionais, os múltiplos fatores que influem na programação e as repercussões não previsíveis, porém, importantes de grande número destes, são fatos indicativos de que as normas internacionais não serão estabelecidas a curto prazo.

Deve-se compreender que o inquerito é um instrumento e que os resultados obtidos dependem das características do instrumento utilizado. Uma vez admitido este princípio, somos levados para um estudo mais atento do referido instrumento. O método utilizado deve ser submetido a uma avaliação crítica detida e constante.

Não obstante os dados oferecidos pelos estudos de morbidade utilizados no conhecimento dos fatores que influenciam a saúde, apresentarem enormes diferenças, é sempre importante que se definam as unidades de medida, ou "Unidades Estatísticas" (OMS, 1968a). Por estas razões, passaremos a definir as "unidades" por nós adotadas neste trabalho.

b. Unidades de Medida

1 - Moradia:

Denomina-se unidade de moradia: uma casa, apartamento, andar ou quarto ocupado ou destinado a ser ocupado por uma família, ou um grupo de pessoas que moram juntas, ou por uma pessoa que more só. Um casebre ou alojamento precário como: barraco, tenda, acampamento, etc., onde morem pessoas, constituem outras unidades de moradia. Uma construção ou prédio, pode conter várias unidades de moradia, por exemplo: prédio de apartamentos, cortiços, etc. (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1966b).

Convencionou-se que durável é a habitação bem construída, seguindo uma planta lógica, bem terminada e em bom estado de conservação. Rústica é a habitação que, embora de construção sólida, não observa uma planta lógica. Apresenta acabamento grosseiro e está em mau estado de conservação. Improvisada é a habitação precariamente construída com materiais, os mais diversos, como madeira, folhas de lata, papelão, pau-a-pique. Exemplo típico é o barracão encontrado nas favelas (RECENSEAMENTO GERAL, 1966).

2 - Família (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1966b):

Denomina-se família, o grupo de pessoas que com-

partilham a mesma moradia e os mesmos alimentos, formando assim, uma unidade.

A família pode ter os seguintes membros: a pessoa considerada como chefe, a esposa, os filhos casados com suas esposas e filhos, os hóspedes e os empregados; ou o chefe e seus parentes, embora não tendo hóspedes ou serventes.

As pessoas que morem a sós numa unidade de moradia, e os inquilinos que não compartilham os alimentos com a família, devem ser considerados como famílias separadas, e portanto, deverão ser entrevistados separadamente.

Pelo anteriormente estabelecido, as famílias podem ser: unipessoais e multipessoais.

3 - Renda Mensal Familiar "Per capita":

Este item foi determinado contabilizando-se o total das entradas mensais da família, provenientes das diversas fontes. Este total foi dividido pelo número de seus componentes e referido em cruzeiros (RECENSEAMENTO GERAL, 1966).

4 - Unidades de Morbidade:

4.1. Critério.

Adotamos para o presente trabalho o seguinte critério de morbilidade:

4.1.1. A percepção subjetiva da doença tal como ela é sentida e expressada pelo examinado durante a anamnese ou a percepção da doença relatada por terceiros.

4.1.2. A percepção objetiva de acordo com a experiência e a capacidade de observação do examinador.

4.1.3. A percepção dos casos subclínicos ou assintomáticos de algumas entidades, através de provas de laboratório.

Aceitamos como condição de morbilidade todo e qualquer desvio da saúde relativa, seja ela ou não do conhecimento do examinado, de natureza aguda ou crônica, congênita ou adquirida.

rida, ocasione ou não inabilitação, requeira ou não tratamento.

4.2. Gradiente de percepção subjetiva e objetiva, clínica e subclínica.

Tomamos por base os conceitos do "espectro sintomático" proposto por ANDERSON (enunciado no item de avaliação da saúde do presente capítulo) e do "gradiente de saúde" preconizado por CHAVES apud SAYEG (1969) e por WYLIE (1970). Para estes autores a mensuração da saúde de um indivíduo ou de uma coletividade é feita através de graus preestabelecidos que se assinalam em uma escala (espectro luminoso de ANDERSON ou no termômetro de CHAVES e de WYLIE). Na tentativa de estabelecer a medida que permita quantificar e graficamente representar a opinião do paciente, a informação de terceiros, o critério médico e dados fornecidos pelo laboratório, propomos as convenções que mais adiante enumeramos. Estes dados, pesquisados em cada pessoa examinada e aplicados a cada caso ou evento, oferecem resultados que ao enquadrá-los na configuração da "História Natural da Doença", segundo a idealização de LEAVEL & CLARK, 1965 (Figura 15), permitem demarcar o gradiente de manifestação patogênica, tendo como referência a "linha do horizonte clínico" do período patogênico. Desta forma representamos os diagnósticos segundo tenham origem na anamnese, no exame físico ou no laboratório.

As convenções antes mencionadas que figuram nas Tabelas LI a LXII do Apêndice 4, são as seguintes:

- 1) Fatos referidos pelo paciente no interrogatório ou anamnese, sem outra comprovação.
- 2) Item anterior (1), porém, comprovado pelo exame físico.
- 3) Item anterior (2), comprovado pelos exames complementares.
- 4) Fatos, somente observados através do exame físico.
- 5) Fatos observados através do exame físico e concomitantemente comprovados pelos exames complementares.
- 6) Fatos unicamente evidenciados através dos exames comple

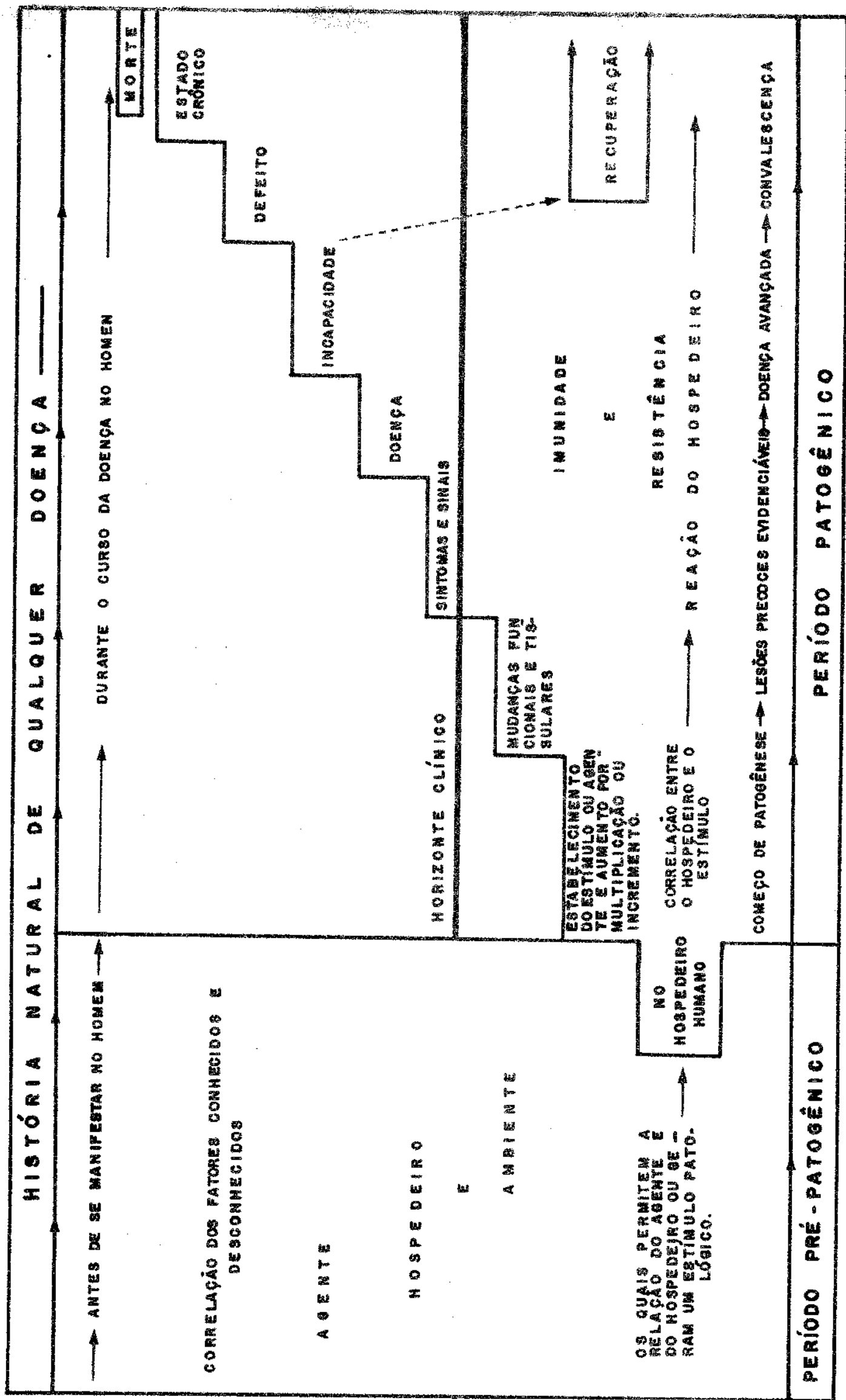


FIGURA 15 - ESQUEMA MODIFICADO DA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA. (LEAVEL & CLARK , 1965)

mentares.

- 7) Fatos pretéritos (antecedentes), referidos na anamnese e comprovados pelo exame médico. Este último poderia fazer parte do item 2 destas convenções, porém, querendo salientar o antecedente o destacamos num item especial.

De acordo com estas convenções, pretendemos quantificar os diagnósticos clínico e subclínico, medindo-os através dos elementos de percepção, Paciente (P), Médico (M) e Laboratório (L), segundo a proporção em que eles tenham contribuído para o diagnóstico.

Estabelecemos que o diagnóstico clínico (D.Cl.) provém da percepção de P ou de M, ou de ambos e o subclínico (D.S.Cl.) provém da percepção de L, então:

$$D.Cl. = P + (P+M) + M + (P+M) = 1 + 2 + 4 + 7 \text{ (convenções)}$$

$$D.S.Cl. = L = 6$$

Entre estas duas faixas existe outra que é determinada pela concomitância do diagnóstico feita através da clínica e do laboratório (D.Cl.L.), de onde:

$$D.Cl.L. = (P+M+L) + (M+L) = 3 + 5.$$

A participação dos elementos P, M e L nos diagnósticos clínico e subclínico, podemos avaliá-la da seguinte forma:

$$P = 1 + 2 + 3 + 7$$

$$M = 2 + 3 + 4 + 5 + 7$$

$$L = 3 + 5 + 6$$

4.3. Unidades de Morbidade: (OMS, 1957a, 1959a; SWAROOP, 1964; BERQUÓ & MILANESI, 1965; PASQUA, 1965; MacMAHON et alii, 1965).

- 1) Morbidade de prevalência instantânea de pessoa e de doença.
- 2) Morbidade de incidência de pessoa e de doença.

- 3) Número médio de doenças prevalentes e incidentes por pessoas.

5 - Unidades de Medida para a avaliação clínica:

O trabalho de avaliação clínica consiste num exame múltiplo ou multifásico, ou seja, na aplicação de duas ou mais provas combinadas de exames coletivos a grandes grupos da população. Quando uma população tem que dispensar muito tempo e esforço para acudir a uma só prova, é natural e econômico que, ao mesmo tempo, lhe sejam oferecidas outras provas (COMMISSION ON CHRONIC ILLNESS apud WILSON & JUNGER (1969)).

A avaliação clínica não tem como finalidade submeter as pessoas examinadas a tratamento, mas sim, determinar a prevalência, a incidência e a evolução natural da variável que se estude, embora a localização de casos seja uma consequência natural do inquérito. O presente estudo é portanto, um inquérito de tipo epidemiológico (WILSON & JUNGER, 1969).

Para podermos levar a efeito este inquérito, procuramos estabelecer uma série de pontos de referência, com a intenção de assegurar a uniformidade nos resultados e especialmente, esperando poder comparar os mesmos com outros resultados de diversos autores.

5.1. Avaliação do estado de nutrição.

A carência alimentar foi considerada naqueles casos que declararam, durante a anamnese, ingestão de alimentos básicos (carne, leite, ovos, queijo, verduras e frutas) menos do que quatro vezes por semana.

Adotamos, para a avaliação clínica da nutrição, os critérios consignados em várias publicações (OMS, 1963b; JELLIFFE, 1968; BURTON, 1966; OPAS, 1969a).

5.2. Avaliação a respeito da ingestão de bebidas alcoólicas.

Adotamos a classificação proposta por HORWITZ et alii, (1967), consistente em: a) abstinência, b) ingestão mo

derada, c) ingestão excessiva simples, e d) ingestão patológica ou alcoolismo.

5.3. Acuidade visual.

Foi utilizada a técnica de leitura à distância, baseado no "Snellen-Type Chart". Foram examinadas pessoas maiores de 5 anos. Os adultos e crianças alfabetizadas leram letras e os analfabetos (crianças e adultos) leram outros símbolos convencionais, a uma distância de 5 metros. Aceitou-se como correta a leitura, com até três erros, nas linhas da carta que contêm de nove a dez letras ou figuras; dois erros, nas linhas com cinco a oito letras ou símbolos, e um erro para as linhas de quatro letras.

A acuidade visual é expressada em termos de medida de ângulo visual em minutos, com base em optótipos. O resultado é a fração cujo numerador é a distância adotada para a leitura, e o denominador, a distância em que é lida corretamente uma letra ou grupo de letras (COMPARISON OF THE VISION, 1963). Adotamos os seguintes valores para a avaliação (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS, 1969a):

1 (20/20): normal; 0,50 - 0,83 ⁺ (20/25 a 40): deficiência leve; 0,25 - 0,33 ⁺ (20/50 a 80): deficiência moderada; 0,167 ⁺ (20/100): deficiência severa ou grave "0" (zero).

5.4. Peso. Altura.

Quanto à técnica de medida (JELLIFFE, 1968), utilizamos a balança de alavanca com pedestal e equipada para medida de altura, marca "FILIZOLA". Os padrões de referência foram os consignados no trabalho de JELLIFFE (1968) e nas "Tabelas Científicas" (GEIGY, 1958).

5.5. Saúde oral.

Seguimos recomendações especiais (OMS, 1962a; ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1965c; 1969; CHAVES, 1962; GUIMA-RAES et alii, 1968; FRANKEL et alii, 1956), sobre os índices "c.o.e." e "C.P.O.", substância branca e cálculos supra e infra

gingivais, além dos defeitos dentofaciais.

5.6. Bócio.

Seguimos as normas do Instituto de Nutrição de Centro América e Panamá ("INCAP") (JELLIFFE, 1968; SCRIMSHAW, 1966a; GANDRA, 1964; ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1965b).

5.7. Pressão arterial.

Adotamos as recomendações do Inquérito Nacional de Morbidade da Colômbia (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1965b) da AMERICAN HEARTH ASSOCIATION (RECOMMENDATIONS FOR HUMAN BLOOD, 1951), da Documentação Médica CIBA (TÉCNICA DE MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL, 206733, AGGSA) e da OMS (OMS, 1959b; 1962b).

Obtivemos em todos os casos, a pressão arterial "causal" (OMS, 1962b) nos dois braços. Como parâmetros, optamos pelos seguintes valores:

Pressão Sistólica, 140 mm de Mercúrio e Pressão Diastólica 90 mm de Mercúrio ou menos, considerando-as como normais. Pressões respectivas de 160 mm de Mercúrio (sistólica) e 95 mm de Mercúrio (diastólica) ou mais, como indicadores de Hipertensão (OMS, 1959b; 1962b; HEALTH STATISTICS, 1961, DOYLE, 1960).

Utilizamos aparelhos novos, marca "TYCOS" (Taylor Instrument Companies, Asheville, U.S.A.), com manguitos de 14 e 7 cm, para pessoas maiores e menores de 10 anos, respectivamente (não foi possível adquirir manguito de 9 cm). Nas crianças menores de 2 anos, não foi medida a pressão arterial.

5.8. Exame de urina pelo "LABSTIX" (AMES COMPANY, 1967b, s.d.p.).

Reagente a base de fitas firmes e transparentes de plástico contendo cinco áreas diferentes de prova para a determinação crômica de pH, proteínas, glicose, corpos cetônicos e de sangue na urina, elementos que se pesquisam em trinta segundos (GIFFORD et alii, 1961; SELTZER & LOVEALL, 1958).

5.9. Exame Coproparasitológico.

Três amostras de fezes foram examinadas. A pri-

meira, no Laboratório da Faculdade na Santa Casa de Misericórdia local. As outras duas, no Instituto "Adolpho Lutz" de Campinas. Utilizamos latinhas para a coleta de material. As técnicas empregadas foram o exame direto e a sedimentação de HOFFMAN, PONS & JANER apud AMATO NETO et alii (1961), examinando-se várias lâminas em casos de suspeita de esquistossomose.

"Anal swab" com fita adesiva de celofane. Foi feita uma amostra para cada examinado e adotamos a técnica consignada em AMATO NETO et alii (1961).

5.10. Coproculturas.

Fez-se três culturas por pessoa examinada, obtendo-se as amostras em dias diferentes: uma, no dia do exame obtida diretamente da região ano-retal, através da introdução de dispositivo especial esterilizado. Os outros dois exames, a partir das amostras de fezes coletadas pelo paciente, quatro e vinte e um dias após o exame clínico.

A técnica utilizada para o isolamento das enterobactérias é a consignada em BIER (1965). A amostra obtida diretamente, era remetida ao laboratório numa solução isotônica estéril de cloreto de sódio, num período máximo de três horas. As amostras de fezes, foram entregues imediatamente após serem recebidas.

5.11. Hemoglobina e Hematócrito.

Para colheita de amostras seguimos as indicações da OMS (OMS, 1959c). Utilizamos sangue, anticoagulado com EDTA para dosar a hemoglobina, pelo método de cianometa-hemoglobina e leitura pelo fotocolorímetro de KLETT SUMERSON (DACIE & LEWIS, 1965). O hematócrito foi medido segundo a técnica do microhematócrito (OMS, 1959c; WINTROBE, 1948; WILSON & JUNGER, 1969).

Adotamos como padrões, os recomendados pela OMS (OMS, 1959d) embora estes recentemente tenham sido corrigidos (OMS, 1968b). As taxas-padrão de hemoglobina e hematócrito são as seguintes:

10,8 g/100 ml de Hemoglobina e 32 mm de Hematócrito para o

grupo etário de 6 meses a 4 anos.

11,5 g/100 ml de Hemoglobina e 33 mm de Hematócrito para o grupo etário de 5 a 9 anos.

12,5 g/100 ml de Hemoglobina e 37 mm de Hematócrito para o grupo etário de 10 a 14 anos.

14 g/100 ml de Hemoglobina e 42 mm de Hematócrito para homens de 15 ou mais anos.

12 g/100 ml de Hemoglobina e 35 mm de Hematócrito para mulheres de 15 anos ou mais.

10 g/100 ml de Hemoglobina e 29 mm de Hematócrito para gestantes.

5.12. Glicemia pelo método do "DEXTROSTIX" (AMES COMPANY, 1967a; s.d.p.).

Feito com fita de plástico, contendo reagente impregnado com glico-oxidase, altamente purificada e um sistema indicador cromogênico, sob um filtro semipermeável que permite estimações quantitativas de glicose sangüínea. Uma tabela em cores de referência com valores designados serve para estimações de glicose sangüínea verdadeira. O teste baseia-se na reação enzimática de glicose-oxidase com glicose verdadeira obtendo-se o resultado em sessenta segundos (SELTZER, 1956; WILKERSON & HEFTMANN, 1948).

Aos pacientes que foram submetidos a este exame, administrou-se uma e meia ou duas horas antes da tomada da amostra, 1,5g de glicose/Kg. de peso. O sangue extraído era venoso e colocado em vidro contendo anticoagulante EDTA, sendo examinado logo após.

Adotamos como normalidade, até 100 mg/100 ml de sangue, e como presunção de diabetes, taxas superiores a 130mg/100 ml de sangue em menores de 40 anos, 140 mg/100 ml de sangue em idades superiores a estas (OMS, 1965b).

5.13. Determinação de grupos sangüíneos.

Foi utilizado o material de soros produzidos pe-

la JOHNSON & JOHNSON, de São Paulo, para determinar os Grupos O, A, B, AB, e o fator Rh.

5.14. Soroanticorpos.

As amostras foram obtidas de acordo com a OMS (OMS, 1959c).

5.14.1. Reação VDRL.

Foi realizado segundo a técnica recomendada pela OPS (OPS, 1966). Foram considerados títulos de positividade, a partir de 1/1, aceitos pelo Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo.

5.14.2. Reação de Machado e Guerreiro.

Foi utilizada a técnica de KOIMER modificada por BARRACCHINI *et alii*, com antígeno metílico de Trypanosoma cruzi (REAÇÃO DE FIXAÇÃO DO COMPLEMENTO, s.d.p.). Os títulos aceitos como positivos são a partir de 1/1 (de acordo com o Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo).

5.14.3. Imunofluorescência indireta para toxoplasmose.

Utilizou-se a técnica manipulada por CAMARGO (CAMARGO, 1964; AZEVEDO & ROMBERT, 1964; JAMBA, 1964). Adotamos como indicadores de doença, títulos a partir de 1/256, padrão aceito pelo Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo e por CAMARGO (1965).

5.14.4. Soroaglutinação para leptospirose.

Pesquisada pela técnica de Soroaglutinação de MARTIN & PETIT, modificada por BABUDIERI apud MAGALDI (1962). Adotamos como índice de infecção, títulos a partir de 1/100, aceitos pelo Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo e pela OMS (OMS, 1957b).

5.14.5. Prova de aglutinação de Wright para brucelose.

Foi utilizada a técnica de rotina

do Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo. Adotamos títulos iguais ou superiores a 1/80 (100 UI mc) como significativos de infecção (OMS, 1965a; 1969a; LAROCHE et alii, 1966; GANDOLFO, 1940; PRATA et alii, 1966).

5.15. Reação à tuberculina.

Seguimos a técnica de aplicação recomendada pela Comissão Técnica da Campanha contra a Tuberculose, do Serviço Nacional de Tuberculose (PROVA TUBERCULÍNICA EM SAÚDE PÚBLICA, s.d.p.; PROVA TUBERCULÍNICA s.d.p.). Segundo a mencionada técnica, aplica-se o antígeno PPD.Rt23, padronizado na dose de 2 UT. (0,04 mcg), em 0,1 ml de diluente estabilizante (0,005% de "Tween 80"), provindo do Serviço Nacional de Tuberculose, fornecido pelo Dispensário de Tuberculose local, e produzido no Statens Seruminstitut de Copenhagen. Adotamos como interpretação da reação após leitura de 72 até 96 horas, os seguintes resultados: não reatores, enduração de 0 - 4 mm; reatores fracos, 5 - 9 mm de enduração; reatores fortes, 10 mm ou mais de enduração (PROVA TUBERCULÍNICA EM SAÚDE PÚBLICA s.d.p.; OMS, 1960b; HSU et alii, 1965; OPAS, 1964c).

5.16. Lepromino-reação. Reação de Mitsuda-Hayashi.

Utilizamos a lepromina provinda do Instituto de Leprologia, Serviço Nacional de Lepra e fornecida pelo Dispensário de Lepra local, na diluição de 1/20, na quantidade de 0,1 ml, por via intradérmica. A leitura foi feita após três ou quatro semanas.

Segundo o critério de HAYASHI (OMS, 1960a; 1966a; BEIGUELMAN, 1969; BEIGUELMAN & QUAGLIATO, 1964; HORTA, 1944; SOUZA LIMA & SOUZA CAMPOS, 1944; GOMEZ & GARCIA, 1953), a interpretação dos resultados é a seguinte: Negativa, ausência de enduração; Positiva +, enduração de 0,3 a 0,5 cm de diâmetro; Positiva ++, enduração de 0,5 a 1,0 cm de diâmetro; Positiva +++, enduração supurada com mais do que 1,0 cm de diâmetro.

Para a aplicação da tuberculina PPD.Rt23, utilizamos seringas hipodérmicas com êmbulo metálico com escala para

tuberculina de 1 ml (marca "OMEGA" "Microstat" MST-TB). A lepromina foi aplicada com seringa de vidro especial de 1 ml calibradas em décimos de mililitros (Marca IBRASA). As agulhas hipodérmicas usadas, eram de aço inoxidável, calibre nº 10x5, com bisel curto para injeção intradérmica.

Este material foi esterilizado em autoclave, após ser submetido à limpeza recomendada pelo Serviço Nacional de Tuberculose. Teve-se o cuidado em evitar a contaminação e possível confusão, entre elas e os antígenos injetados.

5.17. Citologia oncótica, cérvico-vaginal, pelo método de Papanicolau.

A amostra foi colhida com espátula de Ayre da ecotocérvix e do fundo de saco de Douglas, em lâminas separadas e fixadas em solução álcool éter, enviada ao Laboratório de Citopatologia do Programa de Controle de Câncer Uterino, de Campinas.

O resultado obtido, segue a classificação de Papanicolau (PAPANICOLAU & STRAUT, 1943; RUIZ, 1967).

6 - Registro de diagnósticos.

Adotamos para apresentar os diagnósticos resultantes das histórias clínicas, a Lista "C" da Classificação Internacional de Doenças, Revisão de 1965 (OPS, 1969b).

H - DIAGNÓSTICO

A precisão do diagnóstico de saúde ou de doença na coletividade, é tão importante para indicar o correspondente tratamento, da mesma forma como acontece na clínica ao nível do indivíduo (AHUMADA et alii, 1965).

O diagnóstico ou descrição da situação de saúde de uma área local, deve sistematizar-se ao redor de vários aspectos (AHUMADA et alii, 1965), entre os quais, consideraremos neste estudo, o referente aos danos, à população e ao meio ambiente, deixando propositadamente de referir-nos às variáveis

que dizem respeito aos recursos e a sua racionalização, já que não estão dentro dos propósitos do presente estudo.

a. Os Danos.

O estudo sobre os danos (AHUMADA et alii, 1965) está relacionado ao fato de que é indispensável determinar quais os problemas prioritários para saber o custo de uma unidade de doença tratada ou quanto se gasta para evitar uma morte, tendo em conta tanto num como em outro caso o grupo dos danos redutíveis.

Para o estudo do dano adotamos os seguintes critérios:

1) Magnitude do dano.

Mede-se esta através da contribuição de cada evento diagnosticado em relação com o total das afecções encontradas. É pois um critério que se refere à proporcionalidade.

2) Transcendência do dano.

Refere-se este critério ao impacto que sobre a comunidade produz uma determinada afecção ou doença. Este impacto é determinado pelo significado das afecções quando relacionadas com a idade. Por considerar que a saúde e a vida das crianças representam maior importância que a dos adultos e anciãos, adotamos o critério de atribuir o valor máximo da unidade (1,0) para as crianças menores de 1 ano e obtivemos os índices de transcendência dos outros grupos etários, subtraindo um centésimo dessa unidade por ano de idade. Para o nosso estudo, utilizamos os índices 0,97; 0,9; 0,7 e 0,4 correspondentes aos grupos etários de menores de 4 anos, de 5 a 14, de 15 a 44 e de mais de 45 anos, respectivamente.

3) Vulnerabilidade.

Este critério diz respeito à probabilidade de evitar cada dano de acordo com os atuais conhecimentos e técnicas de que dispõe atualmente a saúde pública.

Existe uma vulnerabilidade referente à mortalidade

de e outra à morbidade. Como exemplo, citamos a reiva, cuja morbidade tem uma vulnerabilidade máxima, fato pelo qual esta doença pode ser considerada como erradicável, porém, cuja mortalidade possui uma vulnerabilidade mínima. De acordo com este critério, podemos classificar os danos em redutíveis e não redutíveis.

Ainda não existindo bases suficientes para quantificar em forma precisa a vulnerabilidade, é possível, no entanto, estabelecer de maneira aproximada uma escala que vai de valores próximos de "0" (zero), para aquelas doenças que no estado do conhecimento atual não são possíveis prevenir em forma efetiva, como seriam o câncer e algumas doenças cardiovasculares, até a unidade (1,0) para as doenças erradicáveis. À maioria das doenças transmissíveis de acordo com o anteriormente mencionado, poderíamos atribuir uma vulnerabilidade com um peso de 0,66. A outros danos menos vulneráveis, como os acidentes, fixamos o valor de 0,33.

Reconhecendo que esta escala não é satisfatória do ponto de vista quantitativo podemos também dizer que ela é arbitrária. A vulnerabilidade, mesmo quantificada, varia com o tempo para cada caso, portanto a qualificação seria unicamente momentâneas.

4) Hierarquização ou escala prioritária dos danos.

A hierarquização dos danos é obtida combinando-se os índices de magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Basta multiplicar o índice de transcendência adotado para cada grupo etário, pelo número de afecções diagnosticadas nesse mesmo grupo etário. Uma vez feita esta operação, somam-se os valores obtidos em cada grupo etário e este resultado por sua vez multiplica-se pelos índices de magnitude e de vulnerabilidade estabelecidos para cada evento diagnosticado. Os dados assim obtidos, ordenam-se em sentido decrescente.

b. A População.

O conhecimento da composição da população por

grupos etários é indispensável para o cálculo das taxas de morbidade e, para analisar as variações com relação à incidência ou prevalência das doenças ou afecções, segundo a escala da idade. Conhecendo a composição da população e os danos nela ocasionados, será possível fazer melhor previsão e equilibrada racionalização dos recursos.

c. O Meio Ambiente.

Conhecendo as características da população, torna-se necessário descrever o meio ambiente, no qual esta se insere, sob o ponto de vista da influência que aquele pode ter sobre a saúde das pessoas que nele habitam. No presente estudo analisaremos: estado das habitações ou moradias; abastecimento de água e tratamento dos excretas das mesmas; lixo e fontes possíveis de infecção.

C A P Í T U L O I V

RESULTADOS

A - DA CONVOCAÇÃO DAS FAMÍLIAS PARA OS EXAMES MÉDICOS

Conforme foi descrito no item D, Capítulo III, e seguindo os procedimentos estabelecidos no Apêndice 3, procurou-se a colaboração dos moradores para selecionar as 49 famílias, tamanho preestabelecido da amostra.

Este trabalho correspondeu à Assistente Social que num período de 123 dias, utilizou 74 (60,2%) no trabalho de visitas e entrevistas. Os restantes dias foram perdidos por motivos diversos dentre os quais a não disponibilidade de transporte, prazos solicitados pelas famílias para tomada de decisão, feriados e outros.

Houve necessidade de entrevistar 110 famílias (Tabela 2) das quais consentiram colaborar 50 (44,5%) e as restantes (55,4%) foram excluídas. Dentre as 50 famílias que aceitaram fazer parte do estudo, 49 (98,0%) submeteram-se ao exame clínico completo e 1 (2,0%) tendo comparecido ao exame, recusou-se às exigências do mesmo e por tal motivo também foi excluída.

Analisando as famílias entrevistadas para participarem do programa, segundo os setores do Bairro de onde provinham (Tabela 2), o maior índice de colaboração (71,4%) registra-se no setor Quarta Parte; a menor colaboração registra-se por sua vez nos setores Segunda Parte e Vila Antônio Lourenço, onde não alcançou a 40,0%.

Os motivos para que 61 famílias fossem excluídas foram os seguintes:

Emigração da área	16 (26,2%)
Rejeição ao Programa	43 (70,5%)
Rejeição ao Exame	1 (1,6%)
Não satisfaz o conceito de família	1 (1,6%)

Houve em definitivo 43 famílias (39,1%) que re-

jeitaram o programa e 1 (0,9%) o exame clínico. Estas famílias alegaram motivos ora isolados, ora associados conforme pode ser analisado na Tabela 3.

Em média, houve necessidade de entrevistar 2,2 famílias para obter a participação de uma delas. Em 20 casos (41,0%) foi preciso entrevistar somente uma família, em 16 (33,0%) das vezes foi necessário entrevistar duas famílias, e assim sucessivamente até num caso (2,0%) em que se entrevistaram 11 famílias para uma delas aceitar (Tabela 4).

Para obter os resultados antes relatados, numa primeira etapa, a Assistente Social teve que realizar a seguinte atividade:

Visitas domiciliares	223
Entrevistas familiares	195
Entrevistas com colaterais	18
Visitas e entrevistas com os empregadores ..	36

A atividade dispensada ao final do trabalho foi:

Visitas domiciliares	267
Entrevistas familiares	235
Entrevistas com colaterais	26
Visitas e entrevistas com os empregadores ..	40

As 49 famílias (Tabela 5) estavam constituídas por 248 pessoas. Destas pessoas participaram dos exames clínicos 225 (90,7%) e deixaram de comparecer aos mesmos 23 (9,3%), dos quais 17 homens (73,9%) e 6 mulheres (26,1%).

B - INFORMAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO

a. Características do ambiente

1 - Da área estudada.

O "BJO", (Figura 12) está localizado ao sudoeste no Município de Campinas, na parte periférica da zona urbana. O Município de Campinas tem a sua sede localizada no traçado da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, em zona fisiográfica e industrial, a 22° 53' 21" de latitude sul; e

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Biblioteca Centr

TABELA 2 - Distribuição das famílias entrevistadas, segundo a sua proveniência dos diferentes setores do Bairro. Famílias excluídas e incluídas no estudo.

SETOR	FAMÍLIAS ENTREVISTADAS					
	EXCLUÍDAS		INCLUÍDAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Segunda Parte	33	62,3	20	37,7	53	48,2
Terceira Parte	9	50,0	9	50,0	18	16,4
Quarta Parte	2	28,6	5	71,4	7	6,3
Vila "Carlito"	4	36,4	7	63,6	11	10,0
Vila "Okita"	3	50,0	3	50,0	6	5,4
Vila "Antônio Lourenço"	10	66,7	5	33,3	15	13,6
TOTAL	61	55,4	49	44,5	110	100,0

TABELA 3 - Motivos alegados pelas famílias que não colaboraram com o Programa.

MOTIVOS ALEGADOS	Nº	%
Recorre quando necessário ao atendimento médico de instituições e associações para as quais contribui	18	41,9
Realizou exames médicos recentes	8	18,6
Não necessita de exame médico porque não sente nada	9	20,9
Mudança de bairro	1	2,3
Não quer faltar ao trabalho ou à aula	10	23,2
Medo de exames médicos	6	13,9
Medo de ser atendida pela Faculdade de Medicina devido ao problema das autópsias	2	4,6
Outros motivos	2	4,6

TABELA 4 - Número de famílias entrevistadas e número de famílias participantes.

NÚMERO DE FAMÍLIAS ENTREVISTADAS	FAMÍLIAS PARTICIPANTES	
	Nº	%
1	20	41,0
2	16	33,0
3	7	14,0
4	1	2,0
5	2	4,0
6	2	4,0
11	1	2,0
TOTAL	49	100,0

($\bar{x} = 2,245$; $S = 1,802$; $S\bar{x} = 0,257$)

TABELA 5 - Composição das famílias participantes do Estudo de Diagnóstico de Saúde. Membros das mesmas que não compareceram ao exame médico.

NÚMERO DE MEMBROS POR FAMÍLIA	NÚMERO DE FA- MÍLIAS	NÚMERO TOTAL DE MEMBROS *	MEMBROS FALTANTES AOS EXAMES MÉDICOS	
			Nº	POSIÇÃO DENTRO DA FAMÍLIA
2	4	8	-	-
3	7	21	5	3 pais 1 mãe 1 filho
4	12	48	6	3 pais 1 mãe 2 filhos
5	9	45	2	2 filhos
6	7	42	3	2 pais 1 irmão chefe
7	4	28	1	1 irmão chefe
8	4	24	2	2 filhos
9	2	18	1	1 sobrinha
14	1	14	3	3 filhos
TOTAL	49	248	23	23

* ($\bar{x} = 5,061$; $S = 2,208$; $S\bar{x} = 0,140$)

47° 04' 39" de longitude W.Gr., distando, em linha reta, 88 Km da cidade de São Paulo.

O Município abrange 53 Km², com uma altitude de 693 metros acima do nível do mar, contando com uma população de 219.303 pessoas, (Censo de 1960), assim distribuídas: 184.529 na zona urbana e 34.774 na zona rural. De acordo com o último censo demográfico, realizado em 1970, (CAMPOS, 1971) a população de Campinas é de 339.954 habitantes.

A comunidade do "BJO" está distribuída em vários setores (Figura 13) Primeira, Segunda, Terceira e Quarta Partes; Vila Okita, Vila Carlito e Vila Antônio Lourenço; abrange parte da Vila Georgina, Vila Paraíso e Vila Joaquim Inácio. Tem como limites: ao norte, o Bairro da Swift, a linha da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, e o Cemitério Municipal; a oeste, o Bairro Jardim Nova Europa; ao sul, os limites do Município de Valinhos; e a leste o Bairro Jardim Cura D'Ars.

Em 1966 a população do "BJO" era, aproximadamente, de 16.866 habitantes, numa área de 1,5 Km², a uma distância, em linha reta, de 4 Km do centro da Cidade. Apresentava, nessa mesma época, um número aproximado de 4.000 lotes e 3.000 habitações.

O relevo da região é discreto, levemente ondulado e embora apresentando algumas elevações quase íngremes, não pode ser considerado como acidentado, pois os declives não ultrapassam a 30°.

A topografia do "BJO", caracteriza-se por uma depressão na direção sudeste-oeste, apresentando um declive no sentido norte-sul.

O Córrego Piçarrão que atravessa a área comunitária é utilizado pela estação de água do município para vazão da mesma e capta as águas servidas da região, apresentando-se pois, poluído e contaminado. Ademais, a população utiliza a valeta por ele formada, para lançar resíduos e material deteriorado, as crianças nele brincam e tomam banho e os animais domésticos bebem de sua água.

Campinas, situa-se dentro do Estado de São Paulo, na faixa de clima quente, e segundo GODOI (1953) com "excelentes condições para a saúde", já que suas médias anuais de elementos meteorológicos são: pressão barométrica, 705,7 mm; temperatura, 20,4° C, sendo que o mês mais quente é janeiro (23,2° C), e o mais frio é julho (16,8° C); umidade 72%; nebulosidade, 5 partes do céu encoberto; insolação, 2.526 horas e 30 minutos anuais, chegando a atingir 250 horas e 40 minutos de média mensal em agosto; chuva, 1.317 milímetros em 111 dias por ano, sendo que janeiro é o mês mais chuvoso (226 milímetros e 17 dias de chuva) e julho é o mais seco (26 milímetros e 4 dias de chuva); evaporação, 1.150,3 milímetros d'água, a maior evaporação ocorrendo em agosto (120,4 milímetros); prevalecem o ano todo, os ventos SE, sendo mais frequentes em outubro e novembro; estado geral do tempo, 96 dias claros, 170 nublados e 99 encobertos.

O "BJO", Vila Paraíso, Vila Joaquim Inácio e Vila Georgina originaram-se da antiga Fazenda Paraíso no ano de 1887. Calcula-se em 120 alqueires de terra a superfície daquela propriedade.

Em fevereiro de 1933, uma parcela da fazenda foi definida como sendo perímetro urbano desmembrando-se, portanto, da mesma. A este desmembramento sucederam-se outros: em 1949, o da área que corresponde ao atual "BJO"; em 1950, Vila Joaquim Inácio e em 1962, Vila Georgina.

Após o loteamento das terras, os primeiros moradores deste bairro foram os antigos empregados da fazenda, que passaram a cultivar e a vender os seus produtos.

Dois anos após o loteamento, surgiram os primeiros estabelecimentos comerciais e as características rurais da área foram, progressivamente desaparecendo.

Atualmente, a cultura da terra não existe, a não ser em área muito limitada, e os desajustamentos sociais começaram a surgir como nos centros populosos. Seus moradores são vítimas de roubos, de depredações e até mesmo espancamento e crimes. Assim, a área vai adquirindo características urbanas e

residenciais, com todos os seus benefícios e desvantagens.

Enquanto que a Cidade de Campinas, em 1966, tinha 3.370 estabelecimentos comerciais, a área comunitária a que nos referimos era servida por 17 bares, os quais funcionavam também como armazéns, vendendo desde bebidas até utensílios domésticos; uma farmácia, localizada na Primeira Parte, e quatro açougues estabelecidos na Primeira e Segunda Partes.

Não se podem atribuir à comunidade interesses em política partidária, principalmente porque o grau de politização é pouco acentuado e o número de eleitores é pequeno em virtude do analfabetismo e da predominância da população jovem.

Os diretórios de partidos, associações e ligas, são praticamente inexistentes, pois o grupo comunitário atuante é representado, apenas, pela Sociedade Amigos do Bairro, a qual, por seus estatutos, necessariamente, deve ser apolítica. Entretanto é, através da mencionada Sociedade, que os políticos do município entram em contato com a população.

A comunidade possui como única fonte de instrução e cultura, um estabelecimento de ensino primário, funcionando em três períodos, com um completo corpo docente e de funcionários, contando ainda com a colaboração de uma educadora sanitária e duas estagiárias de serviço social (nenhum destes elementos reside no Bairro). O curso de alfabetização de adultos, iniciado a partir do segundo semestre de 1965, é restrito a um pequeno número de alunos e ministrado à noite.

Existem um pequeno templo católico, em deploráveis condições de conservação pois, o pároco não comparece e um templo protestante, em construção.

A maior parte destes dados foram levantados pelo pessoal do Serviço Social do Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM-UEC, em fontes como: Firma Urbanizadora do Bairro, Prefeitura Municipal de Campinas e principalmente, por observação direta durante o seu trabalho junto às famílias e aos grupos do bairro, nos diferentes programas docentes e preventivo-assistenciais.

2 - Das habitações.

A maior parte das moradias é de construção durável (Tabela 6). Entretanto, dado que algumas são construídas em número de até três por lote (Tabela 7) e em área de terreno de 250 m² a 300 m², isto significa que muitas das habitações são estreitas, contendo em média, 4 comodos por casa (Tabela 8). Em média existem 2 dormitórios por moradia (Tabela 9) e 3 leitos por habitação (Tabela 10).

As condições de arejamento, iluminação natural e insolação não são satisfatórias em 1/3 das casas (Tabela 11). O piso é coberto na quase totalidade das casas, porém, é assoalho do completamente em apenas 6,1% das mesmas (Tabela 12). Não existe quintal em 4,1% das casas e quando existe, em 14,9% das vezes é multifamiliar, em 23,4% apresenta deficiente estado de limpeza e em 60,0% há plantação de hortaliças ou de árvores frutíferas ou de ambas (Tabela 13).

As anteriores características das habitações mudaram pouco entre 1966 e 1969. Em geral aumentou o número de comodos e diminuiu o número de leitos por casa.

Na maioria das habitações, os moradores consomem água potável da rede geral de abastecimento público (Tabela 14). Entretanto, em 26,5% do total das mesmas não existe canalização interna e em 2,0% a água provém de poço. Em 35,4% das habitações (Tabela 15), os excretas estão dispostos em fossas rudimentares ou lançados sem cuidado algum a esgoadouros nos quintais ou nas vizinhanças; nas restantes são drenados à rede pública de esgoto ou para fossas sépticas.

O funcionamento das privadas é defeituoso em 16,3% das casas e em proporção considerável a privada se encontra no quintal. Numa casa não existe privada e em outra existindo, esta não é utilizada pelos moradores. No Censo de 1966 (Tabela 16) apurou-se que nas casas em que haviam simultaneamente poço e fossa rudimentar, a distância entre ambos era inferior a 5 m em 78,31% das casas, sendo que em 66,4% das vezes a fossa ficava em nível superior ou igual à do poço; em 1969 em 2,0% das

TABELA 6 - Tipos de construção das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Cens. do "BJO" 1966.

INQUÉRITO TIPO DE CONSTRUÇÃO	1969		1966
	Nº	%	%
Durável	39	79,6	70,74
Rústico	8	16,3	20,13
Improvisado	2	4,1	9,11
TOTAL	49	100,0	99,98*

* (Total de habitações: 736 (TOBAR, 1969; 1970)).

TABELA 7 - Localização das habitações dentro dos lotes de terreno. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.

LOCALIZAÇÃO	Nº	%
Única de frente	23	46,9
Única de fundo	9	18,4
Não única de frente	16	32,7
Não única de fundo	1	2,0
TOTAL	49	100,0

TABELA 8 - Número de cômodos por habitação. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO" 1966.

INQUÉRITO NÚMERO DE CÔMODOS	1969 *		1966 **
	Nº	%	%
1	5	10,2	5,47
2	4	8,2	24,21
3	8	16,3	16,55
4	9	18,4	15,32
5	15	30,6	23,52
6	5	10,2	7,66
7	2	4,1	1,91
8 ou mais	1	2,0	5,33
TOTAL	49	100,0	***

* ($\bar{x} = 4,102$; $S = 1,746$; $S\bar{x} = 0,249$)

** ($\bar{x} = 3,898$; $S = 1,923$; $S\bar{x} = 0,192$)

*** (736 habitações (TOBAR, 1969; 1970))

TABELA 9 - Número de dormitórios por habitação. Estado de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO" 1966.

INQUÉRITO NÚMERO DE DORMITÓRIOS	1969 *		1966**
	Nº	%	%
1	19	38,8	44,26
2	23	46,9	42,73
3	6	12,2	10,92
4 ou mais	1	2,0	2,05
TOTAL	49	100,0	***

* $\bar{x} = 1,795$; $S = 0,815$; $S\bar{x} = 0,116$ ** $\bar{x} = 1,727$; $S = 0,818$; $S\bar{x} = 0,081$

*** 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 10 - Número de leitos por habitação. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO" 1966.

INQUÉRITO NÚMERO DE LEITOS	1969 *		1966**
	Nº	%	%
1	2	4,1	8,31
2	20	40,8	22,61
3	12	24,5	31,19
4	6	12,2	19,34
5	6	12,2	8,71
6 ou mais	3	6,1	8,79
TOTAL	49	100,0	***

* $\bar{x} = 3,122$; $S = 1,480$; $S\bar{x} = 0,211$ ** $\bar{x} = 3,330$; $S = 1,564$; $S\bar{x} = 0,157$

*** 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970)

TABELA 11 - Condições de arejamento, iluminação natural e insolação das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO" 1966.

INQUÉRITO CONDIÇÕES	1969		1966
	Nº	%	%
AREJAMENTO:			
Satisfatório	34	69,4	80,81
Deficiente	13	26,5	17,68
Mau	2	4,1	1,8
ILUMINAÇÃO:			
Satisfatória	33	67,3	77,03
Deficiente	14	28,6	21,33
Má	2	4,1	1,63
INSOLAÇÃO:			
Satisfatória	34	67,3	81,22
Deficiente	13	26,5	18,09
Má	2	4,1	0,68
TOTAL	49	100,0	*

* 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 12 - Tipos de piso das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO" 1966.

INQUÉRITO TIPO DE PISO	1969		1966
	Nº	%	%
Terra batida	3	6,1	7,37
Tijolo ou cimento	21	42,9	49,72
Ladrilho	2	4,1	4,37
Asscalho	3	6,1	9,97
Ladrilho, tijolo ou cimento	4	8,2	3,41
Asscalho e ladrilho	12	24,5	17,34
TOTAL	49	100,0	*

* 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 13 - Características de quintal das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Casas com quintal	47	95,9
De uso unifamiliar	40	85,1*
Em deficiente estado de limpeza	11	23,4
Com plantação de horta	2	4,4
Com plantação de árvores frutíferas	16	35,6
Com plantação de horta e árvores frutíferas	9	20,0
Não plantados	18	40,0

* No Censo do "BJO" 1966, 74,19% sobre 736 habitações eram quintais unifamiliares (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 14 - Abastecimento de água para o consumo domiciliar. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO" 1966.

TIPOS DE ABASTECIMENTO	INQUÉRITO	1969		1966
		Nº	%	%
Rede geral com canalização interna		35	71,4	54,90
Rede geral sem canalização interna		13	26,5	28,47
Poço		1	2,0	16,44
TOTAL		49	100,0	*

* 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 15 - Disposição dos dejetos. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO" 1966.

CARACTERÍSTICAS	INQUÉRITO	1969		1966
		Nº	%	%
Dentro da habitação		28	58,2	42,30
Fora da habitação		20	41,7	57,69
TOTAL		48	100,0	*
Ligada à rede de esgoto		14	29,2	8,01
Fossa séptica		17	35,4	42,02
Fossa rudimentar		14	29,2	44,10
Ligada a outro escoamento		3	6,2	3,46
TOTAL		48	100,0	*
Em bom funcionamento		40	81,6	64,62
Em mau funcionamento		8	16,3	27,21
Não tem privada		1	2,0	8,16
TOTAL		49	100,0	*
Usada pelos habitantes		47	97,9	-
Não usada pelos habitantes		1	2,1	-
TOTAL		48	100,0	-

* 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

casas, comprovou-se a existência de fossa e poço, com distância acima de 5 m e poço num nível superior à fossa.

Não há chuveiro em 24,5% das casas (Tabela 17) e nas que se constata este serviço, ele é predominantemente unifamiliar e se encontra dentro de casa.

O abastecimento de água potável dentro das casas melhorou em 1969 assim como diminuíram as casas com poço. Entretanto, o número de casas com torneira de água no seu exterior continuou em igual proporção que em 1966. Houve aumento no número das casas com privada interna e das ligações à rede de esgoto, assim como do bom funcionamento deste serviço sanitário. Diminuíram as casas sem privadas e as fossas rudimentares. Aumentaram as moradias com chuveiro.

Em 10,2% das habitações não existe instalação elétrica (Tabela 18). Nas casas em que existe este serviço, constata-se na sua maioria aparelhos eletro-domésticos (Tabela 19). Em todas as casas o gás é o combustível usado.

O lixo (Tabela 20) é coletado pelo serviço público em 59,6% das casas, queimado ou jogado no quintal nas restantes. É coletado em forma incorreta em 22,5% das habitações. As condições de limpeza deixam a desejar em 20,4% das casas (Tabela 21).

Em todas as casas os moradores informam haver diversas espécies de animais domésticos ou domiciliados, em associações, as mais diversas (Tabela 22).

b. Características das famílias

O número médio de pessoas por habitação é 5 (Tabela 5). Quatro famílias estavam constituídas por 2 membros e uma por 14, as demais por 3 a 9 membros.

A população que constitui as famílias estudadas é jovem, havendo um predomínio de mulheres sobre os homens, assim como de pessoas brancas (Tabela 23). As diferenças em relação à população total do Bairro em 1966 (Tabela 24) se devem a que a maioria das pessoas que não compareceram ao exame clínico

TABELA 16 - Relações entre as fontes de água de abastecimento e as fossas das habitações. Censo "BJO" 1966.

DISTÂNCIA ENTRE O POÇO E A FOSSA, SE EXISTEM OS DOIS: (16,31% das habitações) *	%
Menos de cinco metros	78,31
Entre 5 e 9 metros	20,00
Mais de nove metros	1,66
POSIÇÃO DA FOSSA EM RELAÇÃO AO POÇO: (16,31% das habitações) *	
Mesmo nível	33,61
Fossa em nível mais elevado	32,77
Fossa em nível mais baixo	28,57
Não respondem	5,04

* Sobre um total de 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 17 - Características do chuveiro das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo "BJO" 1966.

INQUÉRITO CHUVEIRO	1969		1966
	Nº	%	%
Com	37	75,5	51,50
Sem	12	24,5	48,49
TOTAL	49	100,0	*
Dentro de casa	28	75,7	
Fora de casa	9	24,3	
TOTAL	37	100,0	
Unifamiliar	34	91,9	
Multifamiliar	3	8,1	
TOTAL	37	100,0	

* 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 18 - Instalação de luz elétrica nas habitações.
Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo
"BJO" 1966.

INQUÉRITO LUZ ELÉTRICA	1969		1966
	Nº	%	%
Sim	44	89,8	86,60
Não	5	10,2	13,39
TOTAL	49	100,0	*

* 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 19 - Proporção de famílias que possuem aparelhos eletro-domésticos. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.

TIPO DE APARELHO	Nº	%
Rádio	38	86,4
Televisão	22	50,0
Geladeira	19	43,2
Ferro elétrico	39	88,6
Liquidificador	21	47,8
Outros	7	15,9
TOTAL	44	100,0

TABELA 20 - Tratamento do lixo das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo "BJO" 1966.

INQUÉRITO CARACTERÍSTICAS	1969		1966
	Nº	%	%
Coletado em devida forma	38	77,6	-
Incorretamente coletado	11	22,5	-
TOTAL	49	100,0	-
Queimado	6	12,8	19,82
Enterrado	-	-	8,27
Jogado a céu aberto	13	27,7	23,82
Coletado pelo Serviço Público*	28	59,6	47,78
TOTAL	47**	100,0	***

* O Serviço Público coleta diariamente em 88,6% das habitações.

** Deixaram de informar em 2 habitações.

*** 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 21 - Condições de limpeza das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.

INQUÉRITO CONDIÇÕES	1969	
	Nº	%
Satisfatória	39	79,6
Deficiente	9	18,4
Péssima	1	2,0
TOTAL	49	100,0

TABELA 22 - Espécies de animais existentes nas habitações, referidas pelos moradores. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.

ESPÉCIES DE ANIMAIS	HABITAÇÕES	
	Nº	%
Cachorros	29	59,1
Porcos	1	2,0
Aves domésticas	6	12,2
Equinos	1	2,0
Gatos	16	32,6
Pássaros	9	18,3
Ratos (pequenos e grandes)	28	57,0
Cachorros	4	
Gatos	1	
Ratos	4	
Gatos e cachorros	2	
Gatos e ratos	2	
Cachorros e pássaros	1	
Cachorros e ratos	2	
Cachorros e aves domésticas	4	
Aves domésticas e ratos	3	
Equinos e ratos	1	
Cachorros, pássaros e gatos	2	
Cachorros, gatos e ratos	3	
Cachorros, pássaros e ratos	2	
Cachorros, aves e gatos	1	
Cachorros, aves e ratos	2	
Gatos, aves e pássaros	1	
Aves, pássaros e ratos	1	
Cachorros, gatos, ratos e pássaros	3	
Cachorros, aves, gatos e ratos	1	
Cachorros, aves, pássaros, gatos e equinos	1	

TABELA 23 - Distribuição etária, segundo sexo e cor. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.

SEXO E COR		MASCULINO						FEMININO						TOTAL	
		Branca		N. Branca		Total		Branca		N. Branca		Total			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
		IDADE EM ANOS													
1 ou menos	9	10,0	1	5,2	10	9,2	1	1,1	1	3,7	2	1,7	12	5,3	
2 - 4	6	6,7	1	5,2	7	6,4	7	7,8	-	-	7	6,0	14	6,2	
5 - 14	30	33,3	6	31,1	36	33,0	22	24,7	7	25,9	29	25,0	65	28,9	
15 - 24	15	16,7	3	15,7	18	16,5	24	26,9	5	18,5	29	25,0	47	20,9	
25 - 34	11	12,2	4	21,0	15	13,7	9	10,1	4	14,8	13	11,2	28	12,4	
35 - 44	11	12,2	-	-	11	10,0	14	15,7	4	14,8	18	15,5	29	12,9	
45 - 54	5	5,6	3	15,7	8	7,3	5	5,6	3	11,1	8	6,8	16	7,1	
55 - 64	2	2,2	-	-	2	1,8	6	6,7	2	7,4	8	6,8	10	4,4	
65 - 74	-	-	1	5,2	1	0,9	1	1,1	1	3,7	2	1,7	3	1,3	
75 ou mais	1	1,1	-	-	1	0,9	-	-	-	-	-	-	1	0,4	
TOTAL	90	100,0	19	100,0	109	100,0	89	100,0	27	100,0	116	100,0	225	100,0	

foram homens como pode ser observado na Tabela 5. Por outro lado, as pessoas de cor não branca como é constatado na população geral (Tabela 25) encontram-se em inferioridade numérica.

A totalidade das pessoas com menos de 15 anos é solteira. As pessoas casadas, amasiadas ou separadas (Tabelas 26 e 27), encontram-se nos grupos etários acima de 25 anos. Segundo o Censo de 1966 (Tabela 28), o tipo de união pelo vínculo civil-religioso foi o mais freqüente, existindo somente 2,2% de uniões livres.

A maioria dos habitantes, segundo aquele Censo, eram católicos (Tabela 29). Boa proporção deles (46,5%) eram analfabetos ou semianalfabetos (Tabela 30), somente 6,6% tinha freqüentado o curso secundário e apenas 1,5% o colegial, o normal ou a universidade; unicamente 14,9% freqüentaram um curso completo. O grau e tempo de escolaridade é baixo.

O lugar de nascimento e de residência foi a região sul para a maioria das pessoas. Por sua vez, a maior parte destas é oriunda do Estado de São Paulo ou de Campinas (Tabelas 31 e 32).

Em geral, a população economicamente ativa (Tabela 33) é de 57,7%; entre os homens é de 54,8% e de 60,6% entre as mulheres; 56,8% entre as pessoas de cor branca e 60,9% entre as não brancas. Desta população economicamente ativa (Tabela 34) somente 87,7% das pessoas trabalham. Também trabalham 4,8% das pessoas dependentes. As ocupações mais freqüentemente referidas em todos os grupos que representam força de trabalho foram as de operários qualificados e não qualificados, empregadas e prendas domésticas; poucos referiram outras profissões. A proporção de tipos de ocupação não varia significativamente em relação com os grupos etários, fato que nos indica não existir diversificação ao longo da vida das pessoas que constituem as famílias estudadas. As profissões melhor remuneradas, em geral, correspondem aos homens. As mulheres na sua maioria, tem como ocupação principal a de empregadas domésticas ou donas de casa, com exceção de algumas comerciárias e funcionárias (Tabela 35). Nenhuma das pessoas não brancas tinha como profissão a de comer

TABELA 24 - Distribuição etária em anos. Censo do "BJO", 1966.

IDADE EM ANOS	FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA ACUMULADA	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 1	133	3,50	133	3,50
1 - 4	502	13,24	635	16,74
5 - 9	623	16,43	1258	33,17
10 - 14	459	12,11	1717	45,28
15 - 19	357	9,41	2074	54,69
20 - 24	291	7,67	2365	62,36
25 - 29	291	7,67	2656	70,03
30 - 39	572	15,09	3228	85,12
40 - 49	291	7,67	3519	92,79
50 ou mais	271	7,15	3790	99,94
Não informa	12	0,31	3802	100,25

(TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 25 - Distribuição por sexo e cor. Censo do "BJO", 1966.

SEXO COR	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	1457	38,32	1437	37,79	2894	76,11
Não branca	436	11,46	426	11,20	862	22,66
Amarela	-	-	1	0,02	1	0,02
Não determinada	20	0,52	25	1,65	45	1,18
TOTAL	1913	99,99	1889	99,99	3802	99,99

(TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 26 - Estado civil. Relação com a variável idade. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.

ESTADO CIVIL IDADE EM ANOS	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado- Divorciado		Anasado		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
14 ou menos	90	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	90
15 - 24	32	68,1	15	31,9	-	-	-	-	-	-	47
25 - 44	7	12,3	44	77,2	2	3,5	1	1,7	3	5,2	57
45 ou mais	-	-	21	67,7	8	25,8	2	6,4	-	-	31
TOTAL	129	57,3	80	35,5	10	4,9	3	1,3	3	1,3	225

TABELA 27 - Distribuição do Estado civil, segundo o Censo "BJO", 1966.

SEXO ESTADO CIVIL	Masculino	Feminino	TOTAL
	%	%	*
Solteiros	61,76	57,23	59,51
Casados	36,39	36,86	36,62
Separados	0,47	1,17	0,81
Desquitados	0,36	0,20	0,28
Viúvos	0,99	4,36	2,66
Não responde	0,47	0,57	0,49

* 3802 habitantes (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 28 - Tipo de união conjugal, segundo o Censo "BJO" 1966 (somente os que têm ou tiveram alguma união).

SEXO TIPO DE UNIÃO	Masculino	Feminino	TOTAL
	%	%	%
Casamento religioso	2,98	5,06	4,07
Casamento civil	9,91	9,50	9,70
Casamento civil e religioso	89,37	82,46	83,37
União livre	2,03	2,34	2,19

(TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 29 - Religião professada pelos moradores, segundo o Censo do "BJO" de 1966.

SEXO RELIGIÃO	Masculino	Feminino	TOTAL *
	%	%	%
Católica	87,15	86,68	86,92
Protestante	5,97	6,81	6,39
Espírita	0,94	0,79	0,87
Outras	2,45	2,65	2,54
Nenhuma	2,35	1,75	2,06
Não responde	1,10	1,27	1,18

* Sobre 3802 pessoas recenseadas (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 30 - Alguns aspectos sobre Instrução dos moradores, segundo o Censo do "BJO" de 1966.

CARACTERÍSTICAS \ SEXO	Masculino	Feminino	TOTAL *
	%	%	%

ALFABETIZAÇÃO:

Sabem ler	7,58	7,74	7,66
Não sabem ler	1,64	2,45	2,04
Sabem ler e escrever	57,15	49,75	53,47
Não sabem escrever	1,06	1,49	1,27
Não sabem ler nem escrever	26,82	33,77	30,29
Sabem apenas assinar	5,67	4,70	5,19
Não responde	1,46	1,00	1,22

ESCOLARIDADE:

Não frequentam	33,94	39,98	36,94
Frequentaram	45,59	41,74	43,68
Frequentam	18,99	17,30	18,15
Não respondem	1,77	1,53	1,54

GRAUS DE INSTRUÇÃO DOS QUE FREQUENTARAM A ESCOLA:

Curso Primário	89,95	93,92	91,82
Secundário Técnico	5,99	2,99	4,57
Secundário não Técnico	2,10	1,99	2,05
Colegial Técnico	1,37	0,27	0,85
Colegial não Técnico	0,00	0,09	0,04
Normal	0,24	0,54	0,38
Superior Técnico	0,16	0,00	0,08
Superior não Técnico	0,08	0,18	0,12

TEMPO DE ESCOLARIDADE DOS QUE FREQUENTARAM OU FREQUENTAM A ESCOLA:

1 ano ou menos	19,31	16,91	18,17
2 anos	17,38	19,06	18,17
3 anos	21,91	23,55	22,68
4 anos	20,57	21,58	21,05
5 anos	2,01	2,05	2,03
6 anos	0,83	0,46	0,66
Curso completo	15,53	14,20	14,90
Não sabe informar	2,43	2,14	2,29

* Sobre 3802 pessoas recenseadas (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 31 - Lugar de nascimento, segundo Regiões Fisiográficas e País Estrangeiro. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo do "BJO" 1966.

INQUÉRITO REGIÃO	1969		1966*
	Nº	%	%
Norte	-	-	0,23
Nordeste	3	1,3	2,47
Leste	30	13,3	15,34
Sul	187 **	83,1 **	79,91***
Centro-Oeste	1	0,5	0,55
Estrangeiro	4	1,8	1,45
TOTAL	225	100,0	****

* - Excluídos 0,25% que não responderam.

** - Nascidos no Estado de São Paulo: 187(83,1%). Nascidos em Campinas: 97(43,1%).

*** - Nascidos em Campinas: (47,26%).

**** - 3802 pessoas recenseadas (TOBAR, 1969; 1970).

TABELA 32 - Local de residência nos últimos 6 meses, segundo as Regiões Fisiográficas. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.

REGIÃO	Nº	%
Norte	-	-
Nordeste	-	-
Leste	4	1,8
Sul *	221	98,2
Centro-Oeste	-	-
Estrangeiro	-	-
TOTAL	225	100,0

* Residentes no Estado de São Paulo: 220 (97,8%); Residentes em Campinas: 219 (97,3%).

TABELA 33 - População economicamente ativa, geral, por sexo e cor. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo do "BJO", 1966.

TIPOS DE POPULAÇÃO	POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA	1969		1966	
		Nº	%	Nº	%
GERAL		143	57,7	2073	54,7 *
Masculina		69	54,8		
Feminina		74	60,6		
Branca		112	56,8		
Não branca		31	60,9		

* Sobre 3790 pessoas recenseadas (TOBAR, 1969; 1970).
(Valores extraídos da Tabela 5).

TABELA 34 - Tipos de ocupação. Relação com a variável idade. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.

OCUPAÇÃO IDADE EM ANOS	Operário qualificado		Operário não qualificado		Empresário		Comerciante		Funcionário		Emprego do doméstico		Prendas Domésticas		Outros		Não Trabalha		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
4 ou menos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	100,0	26
5 - 14	-	-	1	1,5	-	-	-	-	-	-	1	1,5	2	3,0	1	1,5	60	92,5	65
15 - 24	10	21,3	12	25,5	-	-	-	-	4	8,5	4	8,5	9	19,1	-	-	7	14,9	47
25 - 44	11	19,3	7	12,3	1	1,7	1	1,7	4	7,0	6	10,5	21	36,8	1	1,7	4	7,0	57
45 ou mais	6	20,0	2	6,7	-	-	1	3,3	-	-	4	13,3	11	36,7	-	-	6	20,0	30
TOTAL	27	12,0	22	9,8	1	0,4	3	1,3	1	0,4	8	3,5	15	6,7	2	0,9	103	45,8	225

TABELA 35 - Tipos de ocupação. Relação com as variáveis sexo e cor. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.

OCUPAÇÃO	SEXO E COR		Masculino		Feminino		Branca		N. Branca		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Operário qualificado	22	20,1	5	4,3	24	13,4	3	6,3	27	12,0		
Operário não qualificado	19	17,4	3	2,6	17	9,5	5	10,9	22	9,8		
Empresário	1	0,9	-	-	1	0,6	-	-	1	0,4		
Comerciário	-	-	3	2,6	2	1,1	1	2,2	3	1,3		
Comerciante	1	0,9	-	-	1	0,6	-	-	1	0,4		
Funcionário	4	3,7	4	3,4	8	4,5	-	-	8	3,6		
Empregado doméstico	-	-	15	12,9	4	2,2	11	23,9	15	6,7		
Prendas domésticas	-	-	43	37,0	38	21,2	5	10,9	43	19,1		
Outros	2	1,8	-	-	2	1,1	-	-	2	0,9		
Não trabalha	60	55,0	43	37,0	82	45,8	21	45,7	103	45,8		
TOTAL	109	100,0	116	100,0	179	100,0	46	100,0	225	100,0		

ciante, empresário ou funcionário; em geral a ocupação destas pessoas é a de mais baixa remuneração (Tabela 35).

Das 17 pessoas consideradas economicamente ativas (Tabela 34) que disseram não trabalhar, referiram os seguintes motivos (Tabela 36): desemprego (47,0%), invalidez permanente (23,5%) ou temporária (5,3%), aposentadoria (17,6%) e outros (5,3%). As pessoas dependentes que não trabalham, em geral são estudantes ou crianças menores (Tabela 36).

A renda mensal familiar "per capita" é de Cr\$ 68,51. Somente 26,0% das pessoas tem uma média "per capita" acima de Cr\$ 80,00. Comprova-se diminuição significativa da renda em 1969 com relação a 1966 (Tabela 37).

A taxa média paga por aluguel ou amortização da casa é de Cr\$ 77,00 (Tabela 38). Esta taxa é paga por 53,1% das famílias, as demais não a pagam ou porque são donas da residência ou porque esta lhes é cedida. Constata-se em 1969 em relação com 1966 uma diminuição das casas não totalmente pagas.

Ao compararmos a renda mensal familiar "per capita" com a posse de aparelhos eletro-domésticos (Tabela 39), observamos que não existe relação entre a maior ou menor renda com a posse de aparelhos de maior ou menor custo, com exceção de alguns, entre os quais figuram enceradeiras. Nestes últimos se constata uma relação direta entre o maior preço do aparelho e a maior renda.

Em relação com o tipo de construção da casa (Tabela 40), comprovamos que à menor renda corresponde à posse de habitação de construção provisória; à maior renda corresponde o tipo de construção durável e as casas de construção rústica, estão relacionadas às rendas intermediárias.

Somente 4,1% das famílias tinham a seu serviço empregadas domésticas.

c. Avaliação do Estado Individual de Saúde

1 - Higiene pessoal.

O exame clínico comprova que o asseio pessoal é

TABELA 36 - Motivos referidos pelas pessoas para justificar a inatividade. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.

MOTIVO	Nº	%
Desempregado	8	7,8
Estudante	24	23,3
Aposentado	3	2,9
Invalidez permanente	4	3,9
Invalidez temporária	1	0,9
Outros *	63	61,2
TOTAL	103 **	100,0

* Inclui menores de idade.

** 103 correspondem a 45,8% da população estudada.

TABELA 37 - Renda mensal familiar "per capita". Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo do "BJO", 1966.

INQUÉRITO RENDA EM CR\$ ***	1969 *		1966
	Nº	%	%
20 ou menos	1	2,1	1,02
21 - 40	12	25,0	3,50
41 - 60	12	25,0	7,89
61 - 80	10	20,8	13,88
81 - 100	6	12,4	16,81
101 - 300	7	14,6	51,16
301 ou mais	-	-	5,70
TOTAL	48	100,0	**

* ($\bar{x}$ = 68,51; S = 39,288; SE = 4,647).

** 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

*** Referente ao mês de julho de 1969.

TABELA 38 - Posse das habitações. Taxa mensal paga por amortização ou aluguel. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo do "BJO", 1966.

INQUÉRITO CARACTERÍSTICAS	1969		1966
	Nº	%	%
POSSE DAS HABITAÇÕES:			
Própria totalmente paga	20	40,8	32,88
Própria não totalmente paga*	10	20,4	32,47
Alugada	16	32,7	28,80
Não paga	3	6,1	4,89
TOTAL	49	100,0	**
POSSE DE OUTRO IMÓVEL:			
Sim	10	20,4	
Não	36	73,5	
Não informa	3	6,1	
TOTAL	49	100,0	
TAXA MENSAL PAGA POR HABITAÇÃO EM CR\$. ***			
20 ou menos	3	12,0	
21 - 60	9	36,0	
61 - 100	7	28,0	
101 - 180	4	16,0	
181 ou mais	2	8,0	
TOTAL	25	100,0	

* - Significativamente diferentes ao nível de 5%.

** - 736 habitações (TOBAR, 1969; 1970).

*** - $\bar{x}$ = 77,080; S = 51,258; $S\bar{x}$ = 10,251.

TABELA 39 - Proporção de famílias que possuem aparelhos eletro-domésticos (A.E.D.). Relação com a renda mensal familiar "per capita".

APARELHOS E.D. / RENDA *	Número de Habitações	Rádio		Televisão		Geladeira		Ferro Elétrico		Liquificador		Outros A.E.D.	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 ou menos	1	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
21 - 50	20	16	80,0	6	30,3	5	25,0	14	70,0	4	20,0	1	5,0
51 - 80	14	10	71,4	7	50,0	7	50,0	12	85,7	9	64,2	2	14,3
81 - 100	6	5	83,3	3	50,0	2	33,3	6	100,0	3	50,0	1	16,7
101 ou mais	7	6	85,7	4	57,1	4	57,1	6	85,7	4	57,1	3	42,8
TOTAL	48	37	77,0	21	43,7	18	37,5	38	79,1	20	41,7	7	14,6

* Referente ao mês de julho de 1969.

TABELA 40 - Relação entre renda mensal familiar "per capita" e tipo de construção da casa.

TIPO DE HABITAÇÃO RENDIA *	Durável		Rústica		Provisória		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 ou menos	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
21 - 50	14	70,0	5	25,0	1	5,0	20	100,0
51 - 80	11	78,6	3	21,4	-	-	14	100,0
81 ou mais	13	100,0	-	-	-	-	13	100,0
TOTAL	38	79,2	8	16,7	2	4,2	48	100,0

* Referente ao mês de julho de 1969.

TABELA 41 - Higiene pessoal. Frequência do asseio corporal referida pelos examinados. Sua avaliação durante o exame físico.

AVALIAÇÃO FREQUÊNCIA	Bom		Deficiente		Mau		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diariamente	84	38,5	107	49,0	7	3,2	198	90,8
Em dias alternos	6	2,7	7	3,2	1	0,4	14	6,4
Semanalmente	-	-	5	2,3	-	-	5	2,3
Não asseio	-	-	1	0,4	-	-	1	0,4
TOTAL	90	41,3	120	55,0	8	3,7	218	100,0

deficiente ainda que os examinados tenham referido uso freqüente do banho corporal (Tabela 41). Semelhante circunstância ocorre com a higiene buco-dentária (Tabelas 42 e 43). O exame estomatológico comprova existência de substância alba e cálculos supra e infragengivais, contrariando a informação dos examinados sobre a escovação freqüente dos dentes. Confirmam a deficiente higiene oral os elevados índices, "C.P.O." e "c.o.e." (Tabelas 44 e 45). Existe uma diferença manifesta entre os dentes perdidos e cariados em relação com os dentes obturados que são escassos. Por outro lado, tendo em conta a alta taxa de dentes perdidos, constatamos limitação no uso de próteses. Somente uma pessoa (0,4%) usa aparelho ortodôntico apesar da alta incidência de defeitos dentofaciais (Tabelas LIII a LXI, Apêndice 4).

O calçado é usado esporadicamente ou não é usado em 40,0% das pessoas. As roupas, em geral, são impróprias ou insuficientes, especialmente na época do inverno.

2 - Alguns indicadores de saúde individual, obtidos através do exame clínico e laboratorial.

No Apêndice 4 o leitor poderá achar uma série de Tabelas que contêm os resultados de algumas das variáveis pesquisadas e que serviram como base para os diagnósticos de algumas das condições de morbilidade. Estes resultados referem-se a: peso corporal, altura corporal, freqüência do pulso; temperatura corporal (oral e retal), pressão arterial, acuidade visual e índices "C.P.O." e "c.o.e.". Exames de laboratório: hematócrito, hemoglobina, glicemia e grupos sanguíneos. Soroanticorpos: sífilis (reação VDRL), doença de Chagas (reação de Machado e Guerreiro), toxoplasmose (imunofluorescência indireta), leptopirose (reação de aglutinação de Babudieri), brucelose (reação de aglutinação de Wright). Provas cutâneas: Reação de Mitsuda-Hayashi. Exame de Urina. Exame de fezes: Parasitoscópico, Fita de Grahm e Cultura de Enterobactérias. (Tabelas I a LII, Apêndice 4).

Com a intenção de não ampliar excessivamente o presente trabalho e evitar dificuldades na sua leitura e na sua

TABELA 42 - Higiene pessoal. Frequência do asseio buco-dentário, referida pelos examinados.

FREQUÊNCIA	Nº	%
Diariamente	166	77,2
Frequentemente	7	3,2
Raras vezes	7	3,2
Não escova os dentes	35	16,4
TOTAL	215	100,0

TABELA 43 - Estado do asseio buco-dentário achado durante o exame estomatológico.

ESTADO DA DENTADURA \ PESSOAS	Nº	%
<u>SUBSTÂNCIA ALBA:</u>		
Nenhuma área coberta	44	22,4
1/3 da área coberta	147	74,6
2/3 da área coberta	4	2,0
Mais do que 2/3 da área coberta	2	1,0
<u>CÁLCULOS:</u>		
Nenhuma área coberta	74	37,6
1/3 da área coberta	71	36,0
2/3 da área coberta	47	23,9
Mais do que 2/3 da área coberta	5	2,5
TOTAL	197	100,0

TABELA 44 - Índice "C.P.O." em pessoas de 6 ou mais anos de idade.

ÍNDICE				
Dentes com cáries	Dentes obturados	Dentes com extração indicada	Dentes extraídos	"C.P.O."
(C)	(O)	(EI)	(E)	
4,32	2,82	1,43	9,79	18,37

(Extraído das Tabelas XXI a XXIII, Apêndice 4).

TABELA 45 - Índice "c.o.e." em pessoas de 12 ou menos anos de idade.

ÍNDICE			
Dentes com cáries	Dentes obturados	Dentes com extração indicada	"c.o.e."
(c)	(o)	(e)	
2,95	0,20	1,16	4,31

(Extraído das Tabelas XVIII a XX, Apêndice 4).

apreciação e considerando que a maior parte destes resultados constam implicitamente no diagnóstico de cada uma das condições de morbilidade encontradas, decidimos para o presente momento, unicamente apresentar estes resultados sem a requerida análise. Entretanto, dada a sua importância, a seguir faremos a análise dos resultados da Prova de Tuberculina, pretendendo com estes dados avaliar ainda que em forma indireta o problema da tuberculose, doença que por motivos insuperáveis não nos foi possível pesquisar em devida forma através da fotofluorografia.

2.1. Reação de Mantoux.

O antígeno PPD.Rt23, na concentração de 2 U., foi devidamente aplicado nas 225 pessoas integrantes da amostra do nosso estudo; entretanto, somente foi possível fazer leitura das reações em 95,5% dos examinados.

Constatamos 26,0% de reatores (Tabela 46). Entre estes, 76,8% foram reatores fortes e 23,2% fracos.

A média de enduração nos reatores é de 14 mm. Esta média aumenta com a idade: de 10,9 mm de enduração para o grupo de 5 a 14 anos, chega a 18,6 mm no grupo dos maiores de 45 anos. Não constatamos reatores nos menores de 4 anos; tampouco existe diferença na média de enduração entre homens e mulheres e entre pessoas brancas e não brancas.

A proporção de reatores aumenta com a idade. Os reatores fortes estão distribuídos preferentemente nos grupos etários acima de 15 anos. Inversamente, os reatores fracos, nos grupos de idade inferior a 25 anos.

A frequência de reatores é maior entre as pessoas de cor não branca tanto homens como mulheres. Os reatores fracos são mais frequentes entre as pessoas de cor branca, homens e mulheres. Os reatores fortes são mais frequentes entre os homens de cor não branca.

Todas as crianças menores de 2 anos e 85,7% das compreendidas no grupo de 2 a 4 anos são não reatores "0"mm. Os não reatores (Tabela 47) são mais frequentes entre as pessoas

TABELA 46 - Resultados da reação ao antígeno EPD.Rt23, segundo a Prova de MANTOUX, lida às 72 ou 96 horas. Relação com a variável idade.

RESULTADOS EM mm. IDADE EM ANOS	Não		Reatores								T O T A L
	Reatores		5 - 9		10 - 14		15 ou mais		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Menos de 2	11	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	11
2 - 4	14	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	14
5 - 14	58	93,6	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	6,4	62
15 - 24	37	78,7	3	30,0	4	40,0	3	30,0	10	21,3	47
25 - 44	27	50,0	5	18,5	7	25,9	15	55,6	27	50,0	54
45 ou mais	12	44,4	3	20,0	4	26,7	8	53,3	15	55,6	27
TOTAL	159	74,0	13	23,2	16	28,6	27	48,2	56	26,0	215

TABELA 47 - Resultados da reação ao antígeno PPD.Rt23, segundo a Prova de MANTOUX, lida às 72 ou 96 horas. Relação com as variáveis sexo e cor.

RESULTADOS EM mm.		NÃO		Reatores								T O T A L	
		Reatores		5 - 9		10 - 14		15 ou mais		Total			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
SEXO E COR	BRANCA	65	79,3	6	35,3	6	35,3	5	29,4	17	20,7	82	
	NÃO BRANCA	10	52,6	1	11,1	2	22,2	6	66,7	9	47,4	19	
FEMININO	BRANCA	69	79,3	4	22,2	5	27,8	9	50,0	18	20,7	87	
	NÃO BRANCA	15	55,6	2	16,7	3	25,0	7	58,3	12	44,4	27	
TOTAL		159	74,0	13	23,2	16	28,6	27	48,2	56	26,0	215	
MASCULINO		75	74,2	7	31,8	8	36,4	11	31,8	26	25,8	101	
FEMININO		84	73,7	6	21,4	8	28,6	16	50,0	30	26,3	114	
BRANCA		134	79,3	10	28,6	11	31,4	14	40,0	35	20,7	169	
NÃO BRANCA		25	54,3	3	14,3	5	23,8	13	61,9	21	45,7	46	

de cor branca do que entre as não brancas tanto homens como mulheres.

2.2. Unidades de Morbidade.

2.2.1. Morbidade de Prevalência Instantânea.

2.2.1.1. Prevalência de doenças.

A frequência das condições de morbidade por pessoa foi de 9,6, em geral (Tabela 48). Esta frequência é a média ponderada obtida através do número total de condições de morbidade diagnosticadas (Tabelas LIII a LXI, Apêndice 4) e o número de pessoas examinadas (Tabelas 52 e 53). Aumenta com a idade, entretanto não varia significativamente entre sexos, nem entre pessoas de cor branca e não branca. As condições diagnosticadas clinicamente foram, em média, mais numerosas que as diagnosticadas apenas com o auxílio do laboratório.

2.2.1.2. Prevalência de pessoas doentes.

A prevalência instantânea de pessoas doentes foi de 100% em todos os grupos. Entretanto, ao referir-nos às taxas de casos (pessoas afetadas por uma determinada condição de morbidade entre mil examinadas), constatamos que na população geral a taxa é de 543,2‰. Esta taxa oscila entre 453,3‰ e 603,2‰ em relação aos grupos etários; é de 393,2‰ entre os homens e 375,1‰ entre as mulheres e de 532,6‰ nas pessoas de cor branca e 488,2‰ entre as não brancas (Tabelas 50 e 51).

Impõe esclarecer que por omissão (Tabela 49) os 3 casos de hiperemese gravídica (código 634) foram localizados dentro do item de doenças do aparelho digestivo (código 531/536/550-553). O mesmo acontece com os 14 casos de hipertrofia de amígdalas e adenóides (código 500) que foram postos dentro do item das afecções respiratórias agudas (código 460 - 465); portanto o verdadeiro valor das taxas, tanto para hiperemese gravídica como para as afecções respiratórias agudas é o que figura nas Tabelas 60 e 61, correspondentes à morbidade de incidência no período de um mês.

TABELA 48 - Frequência média das condições de morbidade de prevalência instantânea por pessoa, diagnosticadas pela Clínica e pelo Laboratório. Relação com as variáveis idade, sexo e cor.

DIAGNÓSTICO IDADE SEXO E COR		Clínico *	Clínico-labo- ratorial *	TOTAL *
IDADE EM ANOS	4 ou menos	3,8	1,1	4,9
	5 - 14	6,0	2,0	8,0
	15 - 44	8,3	2,7	11,0
	45 ou mais	8,3	3,0	11,3
SEXO	Masculino	7,0	2,1	9,1
	Feminino	6,7	2,8	9,5
COR	Branca	7,1	2,2	9,3
	Não branca	7,3	2,0	9,3
EXAMINADOS EM GERAL		7,2	2,4	9,6

(Dados extraídos das Tabelas LIII a LXII, Apêndice 4).

* Média ponderada.

TABELA 49 - Enumeração e codificação das condições de morbilidade de prevalência instantânea, segundo Lista "C" da Classificação Internacional de Doenças. Revisão de 1965 (OPS/OMS, 1969).

CONDIÇÕES	CÓDIGO
C16 Sífilis latente	(092)(096)
C17 Blenorragia	(098.0)
C18 Helmintíases Intestinais	(120-129)
C19 Protozooses intestinais	(006)(007.1)
Hanseníase	(030)
Doença de Chagas	(086)
Leptospirose	(100)
Toxoplasmose	(130)
C21 Tumores benignos	(210-228)
C22 Bécio	(240-241)
C23 Diabetes mellitus	(250)
C24 Deficiências nutricionais	(260-269)
C25 Obesidade. Doenças Endócrinas	(250-258)(277)
C26 Anemia	(280)
C27 Alteração mental e emocional	(299-300)
Alcoolmania	(303)
C28 C29 Doenças dos olhos	(360-362)(370)
C30 C31 Doenças dos ouvidos	(380-381)(388-389)
C31 Doenças do Sistema Nervoso Central	(345-347)
C33 Doença valvular reumática	(394)
C34 Hipertensão arterial	(401)
C36 Doença cerebrovascular	(433)
C38 Doenças das veias	(454-456)
Outras D.do Sistema cardiovascular	(429)(458)
C39 Infecções Respiratórias Agudas	(460-465)
C42 Bronquite, enfisema, asma	(490-493)
C43 Hipertrofia amígdalas e adenóides	(500)
C45 Doenças das vias aéreas superiores	(502-504)(508)
C46 Cárie e doenças periodontais	(521-523)
Anomalias dentofaciais	(524)
C51 Doenças do aparelho digestivo	(531)(536)(550-553)
C55 Doenças geniturinárias	(595-599)(600-607)
	(620-629)
C59 Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	(680-686)(690-709)
C61 C62 Doenças do sistema osteoarticular e muscular	(712)(718)(734-738)
C63 Anomalias congênicas	(754-756)(759)
C64 Imaturidade	(777)
C65 Adeno e esplenomegalias	(782)
CE66 CE69 CN66 CN70 Lesões corporais e de causa externa	(E814)(E960-E968)
	(N813)(N910-N929)
	(N949)

(Complemento das Tabelas 50 a 55; 62 a 65. LIII a LXIII, Apêndice 4).

O valor das taxas de prevalência de casos na população geral (Tabelas 50 e 51) varia acentuadamente entre 4,4% correspondente a hanseníase e imaturidade e 924% correspondente à carência nutricional. Similar situação acontece na distribuição das taxas em relação com as variáveis idade, sexo e cor. Ante a falta de uniformidade na distribuição destas taxas, agrupá-las-emos de acordo com as seguintes tendências, levando em conta suas diferenças estatisticamente significativas.

a) As taxas aumentam com a idade nas seguintes condições: bócio, diabetes mellitus, obesidade e outras doenças endócrinas, doenças dos olhos, outras doenças do aparelho cardiovascular, anomalias dentofaciais, cárie e periodontopatia, doenças do sistema osteoarticular e muscular, lesões corporais de causa externa e toxoplasmose.

b) Não existe tendência para as taxas aumentarem ou diminuir com a idade, porém, constata-se diferenças dos seus valores entre os grupos etários. As condições que correspondem a este grupo são: tumores benignos (frequentes unicamente nos maiores de 15 anos), doenças do aparelho digestivo (predominando nos grupos acima de 15 anos), adeno e esplenomegalias (com tendência a predominar nos grupos abaixo de 14 anos).

c) As taxas aumentam até os 44 anos, sofrendo uma diminuição no grupo etário acima de 45 anos. Neste grupo estão incluídas: deficiência nutricional, alcoolmanía, doenças das vias aéreas superiores, do aparelho geniturinário, da pele e do tecido celular subcutâneo.

d) Doenças que somente se constata em um ou em dois grupos etários, estes últimos sem uma seqüência especial. Compreendendo: blenorragia e doença valvular reumática no grupo de 15 a 44 anos. Doença cerebrovascular e doenças das veias, nos maiores de 15 anos. Prematuridade no grupo dos menores de 4 anos. Hanseníase nos maiores de 45 anos e anomalias congênitas nos grupos de 5 a 14 e nos maiores de 45 anos.

e) Não se comprova diferença significativa. A este grupo pertencem as condições não enumeradas nos grupos a, b, c, e d acima descritos.

TABELA 50 - Taxas de morbidade de prevalência instantânea (%). Relação com a variável idade.

DIAGNÓSTICOS	IDADE. TAXAS		4 ou menos		5 - 14		15 - 44		45 ou mais		TOTAL	
	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep
Helminthiases intestinais **	500,0	102,0	887,1	40,2	627,4	47,9	655,2	88,3	691,2	31,4		
Protozooses intestinais	291,7	92,8	193,5	50,2	225,5	41,4	206,9	71,2	221,2	28,2		
Tumores benignos *	-	-	-	-	76,9	26,1	66,7	47,1	35,5	12,3		
Bócio **	-	-	46,1	26,0	153,8	35,4	233,3	77,2	115,6	21,3		
Diabetes mellitus **	-	-	16,1	16,0	48,5	21,1	233,3	77,2	64,7	17,3		
Deficiências nutricionais **	807,7	77,3	892,3	38,4	1000,0	0,0	833,3	68,0	924,4	17,6		
Obesidade. D. Endócrinas **	-	-	30,8	21,4	134,6	33,5	300,0	83,7	111,1	20,9		
Anemia	250,0	216,5	438,6	65,7	376,2	48,2	379,3	90,1	392,7	35,3		
Alteração mental e emocional	-	-	76,9	33,0	48,1	21,0	33,3	32,7	48,9	14,3		
Alcoolmania **	-	-	92,3	35,9	269,2	43,5	233,3	77,2	182,2	25,7		
Doenças dos olhos **	-	-	61,5	29,8	259,6	42,9	366,7	87,9	211,0	28,9		
Doenças dos ouvidos	153,8	70,7	107,7	38,4	105,8	30,1	133,3	62,1	115,5	21,3		
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	-	-	92,3	35,9	173,0	37,0	66,7	45,5	115,5	21,3		
Doença valvular reumática	-	-	-	-	19,2	13,5	-	-	8,9	6,2		
Hipertensão arterial	-	-	15,6	15,5	48,5	21,2	100,0	54,8	43,7	14,2		
Doença cerebrovascular	-	-	-	-	9,6	9,6	33,3	32,8	8,8	6,2		
Doença das veias **	-	-	-	-	278,8	44,0	733,3	80,7	226,7	27,9		

Tabela 50 - Cont.

Outras D.do Sist.Cardiovase. *	-	-	46,1	26,0	76,9	26,1	200,0	73,0	75,6	17,6
Bronquite, enfisema, asma	307,7	90,5	292,3	56,4	240,4	41,9	433,3	90,5	288,9	30,2
Infec. Respiratórias Agudas	230,8	82,6	184,6	48,1	182,7	37,9	233,3	77,2	195,6	26,4
D.Respiratórias Superiores **	615,4	95,4	830,7	46,5	913,5	27,6	533,3	91,0	804,4	26,4
Anomalias dentofaciais **	192,3	77,3	723,1	55,5	798,1	39,4	896,5	56,5	718,7	30,0
Cárie e D. periodontais **	307,7	90,5	830,8	46,5	1000,0	0,0	1000,0	0,0	870,5	22,4
Doenças digestivas *	153,8	70,7	123,1	40,7	307,7	45,7	266,7	80,7	231,1	28,1
Doenças geniturinárias **	38,5	37,7	307,7	57,2	776,7	90,9	687,5	115,9	586,6	36,8
D. pele e Tec. Cal. Subcut. **	220,8	82,6	323,1	58,0	557,7	48,7	366,7	88,0	426,7	33,0
D. Sistema osteomuscular **	-	-	61,5	29,8	201,9	39,4	466,7	91,1	173,3	25,2
Anomalias congênitas	-	-	30,8	4,4	-	-	66,7	45,5	17,8	8,8
Imaturidade	38,5	37,7	-	-	-	-	-	-	4,4	4,4
Adeno e esplenomegalias *	692,3	90,5	784,6	51,0	375,0	47,5	233,3	77,2	511,1	33,3
Lesões corporais **	-	-	138,5	42,8	384,6	47,7	533,3	91,1	288,9	30,2
Enorragia	-	-	-	-	300,0	144,9	-	-	136,4	73,2
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	33,3	32,7	4,4	4,4
Sífilis	-	-	18,2	18,0	39,2	19,2	66,7	45,5	36,8	13,7
Doença de Chagas	-	-	18,2	18,0	49,5	21,6	137,9	64,0	53,5	16,4
Toxoplasmose **	-	-	258,6	57,5	557,7	48,7	600,0	89,4	466,6	35,7
Leptospirose	-	-	69,0	33,2	89,1	28,3	33,3	32,7	72,5	18,8
TOTAL **	476,5	43,8	603,2	26,8	491,3	14,6	453,3	18,5	543,2	12,0

(C: Taxa; Ep: Erro padrão de C. Taxas calculadas sobre o transcrito na Tabela 51, com base nas frequências contidas nas Tabelas LIII a LVII. Apêndice 4).

* Diferença significativa χ^2 ao nível de 5%.

** Diferença significativa χ^2 ao nível de 1%.

TABELA 51 - Taxas de morbidade de prevalência instantânea (%). Relação com as variáveis sexo e cor.

DIAGNÓSTICOS	SEXO E COR. TAXAS		Masculino		Feminino		Branços		Não Brancos		TOTAL	
	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep
Helminthiases intestinais	737,9	43,3	649,1	44,7	678,2	35,4	744,2	66,5	691,2	31,4	691,2	31,4
Protozooses intestinais	213,6	40,4	228,0	39,3	224,1	31,6	209,3	62,0	221,2	28,2	221,2	28,2
Tumores benignos	55,0	21,8	34,5	16,9	50,3	16,3	21,7	21,5	44,4	13,7	44,4	13,7
Bócio *	27,5	15,6	198,3	37,0	106,1	23,0	152,2	52,9	115,6	21,3	115,6	21,3
Diabetes mellitus **	53,8	23,4	74,0	25,2	44,6	16,4	136,4	51,7	64,7	17,4	64,7	17,4
Deficiências nutricionais	908,2	27,6	896,5	28,3	933,0	18,7	891,3	45,9	924,4	17,6	924,4	17,6
Obesidade. D. Endócrinas*/**	36,7	18,0	181,0	35,7	100,6	22,5	152,7	57,2	111,6	22,3	111,6	22,3
Anemia *	431,8	52,8	349,5	58,2	408,2	40,5	318,2	70,2	387,4	35,2	387,4	35,2
Alteração mental e emocional	55,0	21,8	43,1	18,8	50,3	16,3	43,5	30,0	48,9	14,4	48,9	14,4
Alcoolmania *	247,7	41,3	120,7	30,2	195,5	29,6	130,4	49,6	182,2	25,7	182,2	25,7
Doenças dos olhos	165,1	35,6	215,5	38,2	198,7	31,9	255,8	66,5	211,0	28,9	211,0	28,9
Doenças dos ouvidos	128,4	32,0	112,0	29,3	111,7	23,5	152,2	52,9	120,0	21,7	120,0	21,7
Doenças do Sist.Nerv.Cent. **	82,6	26,4	146,5	32,8	128,5	25,0	65,2	37,6	116,0	22,8	116,0	22,8
Doença valvular reumática	9,2	9,1	8,6	8,6	11,2	7,8	-	-	8,9	6,2	8,9	6,2
Hipertensão arterial	36,7	18,0	43,1	18,8	30,7	13,5	90,9	43,3	43,5	14,2	43,5	14,2
Doença cerebrovascular	9,2	9,1	8,6	8,6	5,6	5,6	21,7	21,5	8,8	6,2	8,8	6,2
Doenças das veias *	82,6	26,3	362,1	44,6	229,0	31,4	217,4	60,8	226,7	27,9	226,7	27,9

Tabela 51 - Cont.

Outras D.do Sist. Cardiovaso.	91,7	27,6	60,3	22,1	72,6	19,4	86,9	41,5	75,7	17,6
Bronquite, enfisema, asma *	357,8	45,9	224,1	38,7	290,5	33,9	282,6	66,4	288,9	30,2
Infeo. Respiratórias Agudas	238,5	40,8	155,2	33,6	173,2	28,3	282,6	66,4	195,6	26,4
D.Respiratórias Superiores **	807,3	37,8	793,1	37,6	837,9	27,5	652,2	70,2	800,0	26,7
Anomalias dentofaciais	724,8	42,8	706,9	42,3	703,9	62,7	777,8	61,9	718,7	30,0
Cárie e D. periodontais	853,2	33,9	879,3	30,2	865,9	25,5	888,9	46,8	870,5	22,4
Doenças digestivas	238,5	40,8	224,1	38,7	234,6	31,7	217,4	60,8	231,1	28,1
Doenças genitourinárias *	297,0	45,5	524,5	41,8	573,4	41,3	638,9	80,0	586,6	36,8
D. Pele e Tec.Cel. Subcut.	486,2	47,9	370,7	44,8	419,0	36,9	456,5	73,4	426,7	33,0
D. Sistema osteomuscular	183,5	37,0	163,8	34,4	178,7	28,6	152,2	52,9	173,3	25,2
Anomalias congênitas	18,3	12,9	17,2	12,0	16,7	9,6	21,7	21,5	17,8	8,8
Imaturidade	-	-	8,6	8,6	-	-	21,7	21,5	8,9	6,2
Adeno e esplenomegalias *	706,4	43,6	327,6	43,5	491,6	37,4	586,9	72,6	511,1	33,3
Lesões corporais	238,5	40,8	336,2	43,8	284,9	33,7	304,3	67,8	288,9	30,2
Blenorragia	-	-	136,4	18,4	71,4	68,8	250,0	153,1	136,4	76,2
Hanseniose	-	-	8,6	8,6	5,6	5,6	-	-	4,4	4,4
Sífilis **	35,7	20,2	37,7	18,5	20,4	11,7	93,0	46,0	36,8	13,6
Doença de Chagas **	48,2	23,5	57,7	22,9	34,7	15,2	116,3	48,9	53,5	16,4
Toxoplasmose	454,5	53,0	476,6	48,3	473,7	40,5	441,9	75,7	466,6	35,7
Leptospirose	46,0	22,4	95,2	28,6	86,7	23,0	23,8	23,5	72,9	18,8
TOTAL	393,2	12,6	375,1	11,4	532,6	13,3	488,5	23,4	543,2	12,0

(C = Taxa. Ep = Erro padrão de C. Taxas calculadas sobre o transcritor na Tabela 52 com base nas frequências contidas nas Tabelas LVIII a LXII. Apêndice 4).

* Diferença significativa para sexo (χ^2).

** Diferença significativa para cor (χ^2).

TABELA 52 - Número de pessoas examinadas, segundo as condições de morbidade diagnosticadas, base para o cálculo das taxas de prevalência instantânea. Relação com a variável idade.

DIAGNÓSTICOS	IDADE EM ANOS				4 ou menos	5 - 14	15 - 44	45 ou mais	GERAL
Protozooses intestinais					24	62	102	29	217
Diabetes mellitus					6	62	103	30	201
Anemia					4	57	101	29	191
Doenças dos olhos					-	65	104	30	199
Hipertensão arterial					9	64	104	30	207
Anomalias dentofaciais					26	65	104	29	224
Cárie e D. periodontais					26	65	104	29	224
Doenças geniturinárias					26	65	72	16	179
Blenorragia					-	-	10	12	22
Sífilis					3	55	102	30	190
Doença de Chagas					2	55	101	29	187
Toxoplasmosse					3	58	104	30	195
Leptospirose					3	58	101	30	192
Todas as demais condições					26	65	104	30	225

TABELA 53 - Número de pessoas examinadas, segundo as condições de morbidade diagnosticadas, base para o cálculo das taxas de prevalência instantânea. Relação com as variáveis sexo e cor.

DIAGNÓSTICOS	SEXO E COR		Mulheres	Branços	Não Brancos	GERAL
	Homens					
Protozooses intestinais	103		114	174	43	217
Diabetes mellitus	93		108	157	44	201
Anemia	88		103	147	44	191
Doenças dos olhos	92		107	156	43	199
Hipertensão arterial	96		111	163	44	207
Anomalias dentofaciais	109		115	179	45	224
Cárie e D. periodontais	109		115	179	45	224
Doenças geniturinárias	101		78	143	36	179
Blenorragia	-		22	14	8	22
Sífilis	84		106	147	43	190
Doença de Chagas	83		104	144	43	187
Toxoplasmosse	88		107	152	43	195
Leptospirose	87		105	150	42	192
Todas as demais condições	109		116	179	46	225

Um considerável número de condições de morbidade não figuram entre os menores de 4 anos, entre estas: diabetes mellitus, anormalidades da acuidade visual, blenorragia, sífilis, doença de Chagas, toxoplasmose e leptospirose, possivelmente devido a não terem sido pesquisadas na forma como foi feito nos outros grupos etários. As demais condições que não aparecem neste grupo, é porque, na realidade não foram constatadas.

Em relação com as variáveis sexo e cor (Tabela 51), as taxas de casos se comportam da seguinte maneira:

a) Acusam maior freqüência entre as pessoas do sexo feminino do que entre as do sexo masculino: bócio, obesidade e doenças endócrinas, doenças das veias, doenças urogenitais, sífilis e doença de Chagas.

b) Maior freqüência nas pessoas do sexo masculino. A este grupo correspondem: anemia, alcoolmanía; bronquite, asma, enfisema; e adeno e esplenomegalias.

c) Maior freqüência entre pessoas de cor branca em relação às não brancas: doenças do sistema nervoso (epilepsia, enxaqueca etc.), afecções das vias aéreas superiores.

d) Maior freqüência entre as pessoas de cor não branca em relação às brancas: diabetes mellitus, obesidade e doenças endócrinas, sífilis e doença de Chagas.

e) Condições em que os valores das taxas somente figuram num grupo, bem seja, de sexo ou de cor. Quanto ao sexo, a imaturidade, a blenorragia e a hanseníase apresentam-se somente entre as mulheres. A imaturidade, entre as pessoas de cor não branca; a doença valvular reumática e hanseníase entre as de cor branca.

f) Não se constata diferença entre homens e mulheres, nem entre pessoas de cor branca e não branca. Figuram neste grupo todas as condições não citadas nos itens a, b, c, d e e.

2.2.1.3. Classificação das dez primeiras condições de morbidade de prevalência instantânea, segundo a freqüência das suas taxas.

Nas Tabelas 54 e 55, podemos observar que a ordenação de acordo com a importância das condições de prevalência é regularmente uniforme quando referida às variáveis sexo e especialmente cor; entretanto, isto não acontece quando relaciona das aos grupos etários. Numa tentativa de descrição, agrupamos as dez primeiras condições de acordo às seguintes tendências:

1) A importância aumenta à medida que a idade aumenta: anomalias dentofaciais; cárie e periodontopatia; doenças da pele e do tecido celular subcutâneo e doenças genitourinárias.

2) A importância diminui à medida que a idade aumenta: helmintíases intestinais; doenças das vias respiratórias superiores; bronquite, asma, enfisema; adeno e esplenomegalias.

3) Não existe variação até os 44 anos, diminuindo a sua importância acima dos 45 anos de idade: deficiências nutricionais; anemia.

4) São importantes para um ou dois grupos etários: protozooses intestinais e infecções respiratórias agudas nos menores de 4 anos; doenças das veias e do sistema osteoarticular e muscular nos maiores de 45 anos; doenças digestivas no grupo de 15 a 44 anos; lesões corporais e toxoplasmose nos maiores de 15 anos.

5) Não há diferença de importância entre homens e mulheres nem entre pessoas brancas e não brancas: helmintíases intestinais, deficiências nutricionais, anemia, doenças das vias respiratórias superiores, anomalias dentofaciais, cárie e periodontopatia, doenças da pele e do tecido celular subcutâneo e toxoplasmose.

6) Não existe diferença entre pessoas brancas e não brancas, porém, são mais importantes entre os homens que entre as mulheres: adeno e esplenomegalias; ou são mais importantes entre as mulheres do que entre os homens: doenças genitourinárias.

7) São importantes somente para um grupo: doenças das veias entre as mulheres, e bronquite, asma, enfisema entre os homens.

TABELA 54 -- Primeiras dez condições de morbidade diagnosticadas, segundo os valores das taxas (%) de prevalência instantânea. Relação com a variável idade.

IDADE. ORDEM	Geral		4 ou menos		5 - 14		15 - 44		45 ou mais	
	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa
DIAGNÓSTICOS										
Helminthiases intestinais	5ª	691,2	4ª	500,0	2ª	887,3	5ª	627,4	6ª	655,2
Protozooses intestinais	-	-	6ª	291,7	-	-	-	-	-	-
Deficiências nutricionais	1ª	924,4	1ª	807,7	1ª	892,3	1ª	1000,0	3ª	833,3
Anemia	10ª	392,7	7ª	250,0	7ª	438,6	8ª	376,2	-	-
Doenças das veias	-	-	-	-	-	-	-	-	4ª	733,3
Bronquite, enfisema, asma	-	-	5ª	307,7	10ª	292,3	-	-	10ª	433,3
Infec. Respiratórias Agudas	-	-	8ª	230,8	-	-	-	-	-	-
D. Respiratórias Superiores	3ª	804,4	3ª	615,4	3ª	830,7	2ª	913,5	8ª	533,3
Anomalias dentofaciais	4ª	718,7	10ª	192,3	6ª	723,1	3ª	798,1	2ª	896,5
Cárie e D. periodontais	2ª	870,5	5ª	307,7	4ª	830,8	1ª	1000,0	1ª	1000,0
Doenças digestivas	-	-	-	-	-	-	10ª	307,7	-	-
D. Pele e Tec. Cel. Subcut.	9ª	426,7	9ª	220,8	8ª	323,1	6ª	557,7	-	-
D. Sist. osteomuscular	-	-	-	-	-	-	-	-	9ª	456,7
Adeno e esplenomegalias	7ª	511,1	2ª	692,3	5ª	784,6	9ª	375,0	-	-
Lesões corporais	-	-	-	-	-	-	7ª	384,6	8ª	533,3
Toxoplasmose	8ª	466,7	-	-	-	-	6ª	557,7	7ª	600,0
Doenças geniturinárias	6ª	586,6	-	-	9ª	307,7	4ª	776,6	5ª	687,5

(Dados extraídos da Tabela 50).

TABELA 55 - Primeiras dez condições de morbidade diagnosticadas, segundo os valores das taxas (%) de prevalência instantânea. Relação com as variáveis sexo e cor.

DIAGNÓSTICOS	SEXO E COR.		Geral		Masculino		Feminino		Branca		Não Branca	
	ORDEM											
	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	Ordem	Taxa
Helminthiases intestinais	5ª	691,2	4ª	737,9	5ª	649,1	5ª	678,2	4ª	744,2		
Deficiências nutricionais	1ª	924,4	1ª	908,2	1ª	896,5	1ª	933,0	1ª	891,3		
Anemia	10ª	387,4	8ª	431,8	10ª	349,5	10ª	408,2	10ª	387,4		
Doenças das veias	-	-	-	-	9ª	362,0	-	-	-	-		
Bronquite, enfisema, asma	-	-	9ª	357,8	-	-	-	-	-	-		
D. Respiratórias Superiores	3ª	804,4	3ª	807,3	3ª	793,1	3ª	837,9	5ª	652,2		
Anomalias dentofaciais	4ª	718,7	5ª	724,8	4ª	706,9	4ª	703,9	3ª	777,8		
Cárie e D. periodontais	2ª	870,5	2ª	853,2	2ª	879,3	2ª	865,9	2ª	888,9		
Doenças genitourinárias	6ª	586,6	10ª	297,0	6ª	549,5	6ª	573,4	6ª	638,9		
D. Pele e Tec. Cel. Subcut.	9ª	426,7	7ª	486,2	8ª	370,7	8ª	419,0	8ª	456,5		
Adeno e esplenomegalias	7ª	511,1	6ª	706,4	-	-	-	491,6	7ª	586,9		
Toxoplasmose	8ª	466,7	7ª	486,2	7ª	476,6	8ª	473,7	9ª	441,9		

(Dados extraídos da Tabela 51)

2.2.1.4. Taxas de casos de prevalência instantânea agrupada.

Para uma melhor compreensão da distribuição das condições segundo as taxas de casos de prevalência instantânea, optamos por reunir as condições diagnosticadas em grupos afins de acordo com a característica da correspondente história natural. Em um grupo a reunião foi feita arbitrariamente, por não termos conseguido este objetivo.

As taxas de prevalência agrupada são o resultado da média ponderada da prevalência de casos correspondentes às condições de cada um dos seguintes grupos (Tabelas 56 a 59):

Grupo I - Doenças transmissíveis: helmintíases e protozooses intestinais, blenorragia, hanseníase, sífilis, doença de Chagas, toxoplasmose, leptospirose e infecções respiratórias agudas.

Grupo II - Deficiências nutricionais: bócio, deficiência nutricional propriamente dita, anemia, cárie dentária e periodontopatia.

Grupo III- Condições de morbidade de diversos aparelhos e sistemas, constituídos por processos, ora infecciosos ora de outra índole, como é o caso das doenças dos olhos entre as quais figuram inflamações, defeitos da acuidade visual e outras condições como catarata. As outras condições deste grupo são: doenças dos ouvidos, das vias aéreas superiores, da pele e do tecido celular subcutâneo, do aparelho urogenital, e a adeno e esplenomegalias.

Grupo IV - Doenças de tipo crônico: valvulopatia reumática, hipertensão arterial, doença cerebrovascular, doenças das veias, outras doenças do sistema cardiovascular, especialmente afecções do coração; bronquite, asma, enfisema; doenças do sistema osteoarticular e muscular especialmente processos reumáticos, diabetes mellitus, obesidade e outras doenças endócrinas.

Grupo V - Doenças da esfera mental e afetiva e do sistema nervoso central: epilepsia, enxaqueca, alteração mental e emocional, alcoolmania.

TABELA 20 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de prevalência instantâneas agrupadas, segundo o critério de similitude. Relação com a variável idade.

DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS	IDADE EM ANOS.		4 ou menos		5 - 14		15 - 44		45 ou mais		Geral	
	TAXAS											
	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C
I - Doenças Transmissíveis	21,1	377,0	20,3	534,8	18,1	406,2	18,6	435,9	16,0	456,0	16,0	456,0
II - Deficiências Nutricionais	25,4	655,8	27,9	764,0	25,0	797,0	19,8	564,9	25,9	782,7	25,9	782,7
III- Doenças associadas de aparelhos e sistemas	41,5	508,2	32,7	603,5	29,7	622,3	21,0	418,6	32,5	572,0	32,5	572,0
IV - Doenças crônicas e Degenerativas	6,8	307,7	4,1	280,6	9,9	137,0	21,3	492,1	10,0	190,3	10,0	190,3
V - Doenças Sistema Nervoso, Mentais e Emocionais	-	-	3,3	87,8	5,4	213,7	3,7	180,0	3,8	141,3	3,8	141,3
VI - Doenças heridadas e Tumores benignos	0,8	38,5	0,4	30,8	1,0	76,9	1,5	66,7	0,7	34,6	0,7	34,6
VII- Defeitos físicos e lesões de Causas Externas	4,2	192,3	11,3	629,1	10,8	663,6	13,9	758,1	11,1	595,1	11,1	595,1
TOTAL	100,0	476,5	100,0	603,2	100,0	491,3	100,0	453,3	100,0	543,2	100,0	543,2

(% = Frequência proporcional; C = Taxas %. Dados extraídos das Tabelas 50 e LVII e LVIII. Apêndice 4)

TABELA 57 - Taxas (%) de morbidade de prevalência instantânea agrupada e seus erros padrão. Relação com a variável idade.

DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS	IDADE EM ANOS.		4 ou menos		5 - 14		15 - 44		45 ou mais		Geral	
	TAXAS											
	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep
I - Doenças Transmissíveis **	377,0	75,4	534,8	53,2	406,2	28,3	435,9	56,3	456,0	19,4		
II - Deficiências Nutricionais **	655,8	70,2	764,0	64,4	797,0	47,4	564,9	70,6	782,7	34,9		
III- Doenças associadas de Aparelhos e Sistemas	508,2	72,6	603,5	47,0	622,3	34,0	408,6	50,7	572,0	23,0		
IV - Doenças crônicas e Degenerativas **	307,7	90,5	280,6	61,3	137,0	12,9	492,1	55,6	190,3	12,7		
V - Doenças Sistema Nervoso, Mentais e Emocionais **	-	-	87,8	20,3	213,7	24,3	180,0	46,8	141,3	14,8		
VI - Doenças hereditárias e Tumores benignos	38,5	37,7	30,8	21,4	76,9	22,3	66,7	28,8	34,6	8,8		
VII- Defeitos físicos e Lesões de Causas Externas **	192,3	77,3	629,1	50,7	663,6	32,2	758,1	55,4	595,1	25,2		
TOTAL	476,5	43,8	603,2	26,8	491,3	14,6	453,3	18,5	543,2	12,0		

(C = Taxa %; Ep = Erro padrão de C). Dados extraídos das Tabelas 50 e II a LVII, Apêndice 4.

** Diferença significativa ao nível de 1% (χ^2).

TABELA 58 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas, agrupadas, segundo o critério de similitude. Relação com as variáveis sexo e cor.

DIAGNÓSTICOS AGUPADOS	SEXO E COR.		TAXAS		Geral		Masculino		Feminino		Branca		Não Branca	
	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C
I - Doenças Transmissíveis	16,0	456,0	18,2	489,4	18,2	430,8	17,7	420,3	19,6	461,7				
II - Deficiências Nutricionais	25,9	782,7	24,4	790,4	25,5	752,0	25,0	796,8	23,5	761,0				
III- Doenças associadas de Aparelhos e Sistemas	32,5	872,0	32,5	852,6	29,5	492,8	31,1	544,3	27,2	407,1				
IV - Doenças crônicas e Degenerativas	10,0	290,3	8,8	222,4	11,5	233,9	10,3	207,8	13,6	361,4				
V - Doenças Sistema Nervoso, Mentais e Emocionais	3,8	141,3	4,4	188,7	3,4	259,3	4,2	214,6	2,5	196,0				
VI - Doenças hereditárias e Tumores benignos	0,7	34,6	0,8	45,8	0,6	25,8	0,7	7,9	0,7	29,3				
VII- Defeitos físicos e lesões de Causas Externas	11,1	505,1	10,9	604,3	11,3	587,4	11,0	583,2	12,9	612,5				
TOTAL	100,0	543,2	100,0	393,5	100,0	375,1	100,0	532,6	100,0	488,5				

(% = Frequência proporcional; C = Taxas %. Dados extraídos das Tabelas 51 e LVIII a LXI, Apêndice 4).

TABELA 59 - Taxas (‰) de morbidade de prevalência instantânea agrupada, segundo o critério de similitude. Relação com as variáveis sexo e cor.

DIAGNÓSTICOS AGRUPOADOS	SEXO E COR.		Geral		Masculino		Feminino		Branca		Não Branca	
	TAXAS											
	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep
I - Doenças Transmissíveis	456,0	19,4	489,4	37,0	430,8	30,9	420,3	24,9	461,7	50,1		
II - Deficiências Nutricionais	782,7	34,9	790,4	51,6	752,0	45,6	796,8	39,8	761,0	75,4		
III- Doenças associadas de Aparelhos e Sistemas **	572,0	23,0	552,6	31,5	492,6	27,9	544,3	24,6	407,1	35,8		
IV - Doenças crônicas e Degenerativas **	190,3	12,7	222,4	24,1	233,9	21,1	207,8	16,4	161,4	27,7		
V - Doenças Sistema Nervoso, Mentais e Emocionais	141,3	14,8	188,7	26,2	122,1	19,1	153,0	17,2	96,8	27,7		
VI - Doenças hereditárias e Tumores benignos	34,6	8,8	45,8	15,8	25,8	9,6	7,9	2,3	29,3	16,7		
VII- Defeitos físicos e Lesões de Causas Externas	595,1	25,2	604,3	36,8	587,4	34,3	583,2	28,3	642,5	51,3		
TOTAL */**	543,2	12,0	393,5	12,6	375,6	11,4	532,6	13,3	488,5	23,4		

* Diferença significativa para sexo (χ^2).

** Diferença significativa para cor (χ^2).

(C = Taxa ‰; Ep = Erro padrão de C. Dados extraídos das Tabelas 51 e LVIII a LXI. Apêndice 4).

Grupo VI - Defeitos herdados e tumores benígnos: anomalias congênitas, prematuridade e tumores benígnos.

Grupo VII- Defeitos físicos e lesões corporais de causa externa: anomalias dentofaciais e lesões de causa externa. Decidimos localizar as anomalias dentofaciais neste grupo, apesar de alguns casos serem constitucionais, pois a maioria são causadas pela acentuada patologia adquirida dos dentes.

Observamos que segundo a freqüência proporcional (Tabelas 56 a 58) as doenças associadas de aparelhos e sistemas apresentam a maior freqüência, seguidas em ordem decrescente, pelas deficiências nutricionais, as doenças transmissíveis, os defeitos físicos e lesões corporais de causa externa, as doenças crônicas e degenerativas, as doenças do sistema nervoso central, emocionais e mentais e as doenças herdadas e tumores benígnos.

Considerando o valor das taxas (Tabelas 56 a 59) a ordem anterior se modifica no sentido de que as doenças nutricionais passam a ser as mais freqüentes, seguidas em ordem decrescente do valor das suas taxas pelos defeitos físicos e lesões corporais de causa externa, doenças associadas de aparelhos e sistemas, doenças transmissíveis, doenças crônicas e degenerativas, doenças do sistema nervoso, emocionais e mentais, e doenças herdadas e tumores benígnos.

A distribuição proporcional das condições nos diversos grupos das variáveis sexo, cor e idade (Tabelas 56 a 58), não apresenta diferenças significativas, com exceção dos defeitos físicos e lesões corporais de causa externa nos menores de 4 anos que acusam uma menor taxa, e das condições crônicas e degenerativas que apresentam uma tendência para aumentar com a idade.

Em relação às taxas (Tabela 57), observamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos de condições afins, com exceção do grupo das doenças herdadas e tumores benígnos; assim, as doenças transmissíveis são mais freqüentes no grupo de 5 a 14 anos, acusando sua menor freqüência entre os menores de 4 anos; as deficiências nu

tricionais são mais freqüentes no grupo de 15 a 44 anos, apresentando a menor freqüência no grupo acima de 45 anos; as doenças associadas de aparelhos e sistemas apresentam a sua maior freqüência no grupo de 15 a 44 anos, sendo menos freqüentes no grupo acima de 45 anos; as doenças crônicas e degenerativas são mais freqüentes no grupo dos maiores de 45 anos, existindo uma elevada taxa nos menores de 4 anos devido à alta prevalência que entre estes existe de bronquite e asma; as doenças do sistema nervoso central, emocionais e mentais, são mais freqüentes no grupo de 15 a 44 anos, muito baixas no grupo de 5 a 14 anos e não foram diagnosticadas nos menores de 4 anos; as doenças hereditárias e os tumores benígnos são mais freqüentes acima dos 15 anos; os defeitos físicos e lesões de causa externa aumentam com a idade, achando o seu máximo de freqüência nos maiores de 45 anos. No cômputo geral das condições, somente o grupo de 5 a 14 anos apresenta diferença significativa em relação aos outros grupos etários.

Com exceção das doenças associadas de aparelhos e sistemas e das doenças crônicas e degenerativas que são mais freqüentes entre as pessoas de cor branca em relação às não brancas, não observamos outras diferenças entre os grupos de sexo e cor (Tabela 59) a não ser quanto ao cômputo total.

No grupo das doenças transmissíveis destacam-se pela freqüência proporcional e pela prevalência das taxas (Tabelas 50 e 51), as helmintíases intestinais (7,4% e 691,3‰), a toxoplasmose (4,4% e 466,0‰), as infecções respiratórias agudas (2,2% e 195,6‰), as protozooses intestinais (2,4% e 221,2‰). As restantes, com exceção da blenorragia (0,14% e 136,4‰) são de menor importância.

No grupo das deficiências nutricionais, todas as condições têm destaque: deficiências nutricionais propriamente ditas (10,2% e 924,4‰), cárie dentária e periodontopatia (9,6% e 870,5‰), anemia (3,6% e 378,4‰) e bócio (1,3% e 115,6‰).

Entre as doenças associadas de aparelhos e sistemas são importantes: as doenças das vias aéreas superiores e geniturinárias (8,8% e 804,4‰), as adeno e esplenomegalias (5,6%

e 511,1‰), as doenças do aparelho digestivo (2,5% e 231,1‰), as doenças dos olhos (2,0% e 211,0‰) e doenças dos ouvidos (1,32% e 120,0‰).

Nas condições crônicas são importantes: as doenças das veias (2,5% e 226,7‰), do sistema osteoarticular e muscular (1,9% e 173,3‰), a obesidade e doenças endócrinas (1,2% e 111,6‰).

Entre as doenças do sistema nervoso, emocionais e mentais, são importantes a alcoolmania (2,0% e 182,2‰) a epilepsia e enxaqueca (1,3% e 116,0‰).

No grupo das doenças herdadas e tumores benignos, nenhuma das condições representa grande importância desde que sua frequência proporcional é inferior a 0,5% e as taxas de casos são menores de 50,0‰.

No grupo dos defeitos físicos e lesões de causa externa, as anomalias dentofaciais são de relevante importância (7,9% e 718,7‰), também as lesões de causa externa propriamente ditas (3,2% e 288,9‰).

Em conclusão: representam importância evidente as deficiências nutricionais, os defeitos físicos e lesões de causa externa, as doenças associadas de aparelhos e sistemas e as doenças transmissíveis, cuja prevalência alcança 500,0‰ ou mais. Os outros grupos são de menor importância.

2.2.2. Morbidade de incidência durante o período de um mês.

2.2.2.1. Incidência de doenças.

Quanto à incidência de doenças, constatou-se menos do que uma doença ou condição de morbidade por pessoas examinada, tanto no geral como nos diferentes grupos de sexo, cor e idade. Nesta forma, a proporção do número de condições de morbidade de incidência diagnosticadas corresponde a 3,0% das encontradas na morbidade de prevalência na população geral, proporção que oscila entre 1,2% nos maiores de 45 anos e 11,9% nos menores de 4 anos (Tabelas LIII a LXX, Apêndice 4).

Importante é comprovar que na morbidade de incidência as unidades de casos se correspondem com as unidades de doença ou condições, contrariamente ao que observamos na morbidade de prevalência.

2.2.2.2. Incidência de pessoas doentes.

Das 225 pessoas examinadas, 62 (27,5%) referiram ter estado doentes durante os trinta dias imediatamente anteriores à data do exame clínico. Esta proporção foi maior entre os homens (35,3%) do que entre as mulheres (20,8%); entre as pessoas de cor não brancas (28,7%), do que entre as brancas (20,8%). Foi mais freqüente nos menores de 4 anos (53,8%) e menos freqüente entre os maiores de 45 (13,3%).

A taxa de incidência de casos, em geral, é de 74,9‰, taxa que tem a tendência a diminuir com a idade, predominando entre os homens em relação às mulheres e entre as pessoas de cor não branca em relação às brancas.

As taxas de incidência nas diferentes condições de morbidade apresentam acentuada variabilidade, estando situadas entre 4,4‰ e 133,3‰. Acusam diferença significativa as afecções respiratórias agudas que diminuem à medida que a idade aumenta e são mais freqüentes entre homens do que entre as mulheres. A enterite e diarréia são mais freqüentes entre as pessoas de cor não branca do que entre as brancas; as protozooses intestinais predominam entre os homens e entre as pessoas não brancas.

2.2.2.3. Ordenação das condições de morbidade incidente segundo o valor das suas taxas de casos.

Unicamente as afecções respiratórias agudas e as enterites e diarréias, que ocupam respectivamente o primeiro e segundo lugares (Tabelas 60 e 61), têm uma distribuição mais ou menos homogênea entre os diferentes grupos das variáveis idade, sexo e cor; as demais condições por apresentarem uma distribuição bastante irregular oferecem difícil sistematização. Para obviar este empecilho, procedemos com igual critério do das condições de prevalência e reunimos nos seguintes grupos as

TABELA 60 - Taxas (%) de morbidade de incidência no período de um mês. Relação com a variável idade.

DIAGNÓSTICOS	IDADE EM ANOS.		4 ou menos		5 - 14		15 - 44		45 ou mais		Geral	
	TAXAS											
	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep
Enterite, Diarréia	115,4	66,7	15,4	15,4	15,4	15,4	67,3	25,4	33,3	33,3	53,3	15,4
Gonorréia	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	-	45,4	45,4
Helminthíase Intestinal	-	-	16,2	16,2	16,2	16,2	-	-	-	-	4,6	4,6
Protozooses Intestinais	41,7	40,8	16,2	16,2	16,2	16,2	9,8	9,7	-	-	13,8	7,9
Anemia	-	-	-	-	-	-	19,8	13,9	-	-	10,4	7,3
Doenças Inflamatórias dos Olhos	38,5	38,5	30,8	21,4	15,4	15,4	-	-	-	-	13,3	7,6
Otite Média	-	-	15,4	15,4	15,4	15,4	-	-	-	-	4,4	4,4
Infeções Respiratórias Agudas *	346,1	93,3	107,7	38,4	115,4	33,3	115,4	33,3	66,7	45,4	133,3	24,3
Outras Doenças Aparelho Geniturinário	-	-	-	-	-	-	9,6	9,6	-	-	4,4	4,4
Hiperemese Gravídica	-	-	-	-	-	-	28,8	16,4	-	-	13,3	7,6
Infeções Pele, Tecido Celular Subcutâneo	-	-	15,4	15,4	15,4	15,4	-	-	-	-	4,4	4,4
Acidentes de Trânsito	-	-	-	-	-	-	9,6	9,6	-	-	4,4	4,4
Lesões de Causas Externas	-	-	-	-	-	-	19,2	13,5	33,3	32,8	13,3	7,6
TOTAL	255,0	68,1	63,9	17,0	61,6	11,3	50,0	25,0	74,9	9,5		

* Diferença significativa ao nível de 1%(X²).

(C = Taxas %; Ep = Erro padrão de C. Taxas calculadas com base nas frequências contidas nas Tabelas LXII a LXVI. Apêndice 4, e sobre n assinalado na Tabela 52).

TABELA 61 - Taxas (%) de morbidade de incidência no período de um mês. Relação com as variáveis sexo e cor.

DIAGNÓSTICOS	SEXO E COR. TAXAS		Geral		Masculino		Feminino		Branca		Não Branca	
	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep	C	Ep
Esterite, Diarréia **	53,3	15,4	55,0	22,5	52,6	20,9	51,7	16,8	69,8	38,8	-	-
Gonorréia	45,4	45,4	-	-	45,4	45,4	5,6	5,6	-	-	-	-
Helminíase Intestinal	4,6	4,6	-	-	8,6	8,6	5,6	5,6	-	-	-	-
Protozooses Intestinais */**	13,8	7,9	19,0	13,6	8,8	8,7	11,5	8,0	23,2	23,0	-	-
Anemia	10,4	7,4	11,4	11,3	9,7	9,7	13,6	9,6	-	-	-	-
Doenças Inflamatórias dos Olhos	13,3	7,6	27,5	15,7	-	-	11,5	8,0	21,7	21,5	-	-
Otite Média	4,4	4,4	9,2	9,1	-	-	5,7	5,7	-	-	-	-
Infecções Respiratórias Agudas *	133,3	24,3	183,5	41,0	86,2	26,0	143,6	26,1	108,7	45,9	-	-
Outras Doenças Aparelho Geniturinário	4,4	4,4	9,2	9,1	-	-	5,7	5,7	-	-	-	-
Hiperemese Gravídica	13,3	7,6	-	-	25,9	14,7	11,5	8,0	21,7	21,5	-	-
Infecções Pele, Tecido Celular Subcutâneo	4,4	4,4	9,2	9,1	-	-	5,7	5,7	-	-	-	-
Acidentes de Trânsito	4,4	4,4	9,2	9,1	-	-	5,7	5,7	-	-	-	-
Lesões de Causas Externas	13,3	7,6	18,3	12,9	-	-	11,5	8,0	21,7	21,5	-	-
TOTAL	74,9	9,5	101,8	16,5	57,7	12,0	31,5	4,4	45,1	13,0	-	-

* Diferença significativa entre sexos (X²).

** Diferença significativa entre brancos e não brancos (X²).

(C = Taxas %; Ep = Erro padrão. Taxas calculadas com base nas frequências contidas nas Tabelas IX e LXVII a LXX. Apêndice 4, e sobre n assinalado na Tabela 53).

condições de morbidade de incidência (Tabelas 62 e 63):

Grupo I - Doenças infecciosas: enterite e diarreia, helmintíases e protozooses intestinais, doenças inflamatórias dos olhos, otite média, afecções respiratórias agudas e processos inflamatórios da pele e do tecido celular subcutâneo.

Grupo II - Doenças não infecciosas: anemia, doenças genitúrinárias e hiperemese gravídica. Podemos considerar este grupo como dissimil, porém, para efeitos de sistematização não achamos outra alternativa.

Grupo III- Traumatismos: acidentes de trânsito e lesões corporais de causa externa.

Observamos que as condições não infecciosas somente foram constatadas entre as pessoas de 15 a 44 anos e, os traumatismos nos maiores de 15 e nas pessoas do sexo masculino.

Comparando as distribuições proporcionais com as taxas de casos, igualmente ao que foi observado nas condições de prevalência, nem sempre estas coincidem. Assim vemos que segundo a distribuição proporcional nos grupos etários, as doenças infecciosas são mais incidentes nas pessoas abaixo de 14 anos, não havendo diferença nos grupos acima de 15 anos. Os traumatismos incidem frequentemente nas pessoas acima de 45 anos. Em relação com as variáveis sexo e cor, as doenças infecciosas não apresentam diferença; as doenças não infecciosas incidem mais entre as mulheres do que entre os homens, não havendo diferença entre pessoas brancas e não brancas. Não há diferença com respeito aos traumatismos entre as pessoas brancas e não brancas.

A distribuição das taxas que segue bastante de perto a distribuição proporcional nos diferentes grupos etários, diverge acentuadamente com relação às variáveis sexo e cor. As doenças infecciosas incidem mais nas pessoas do sexo masculino e nas pessoas brancas. As doenças não infecciosas incidem de preferência entre as mulheres e entre as pessoas de cor não branca. Os traumatismos apresentam índices mais altos nas pessoas de cor não branca.

Fica claramente estabelecido serem as doenças in

TABELA 62 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de incidência no período de um mês, agrupadas, segundo o critério de similitude. Relação com a variável idade.

IDADE. FREQ. %, TAXAS	4 ou menos		5 - 14		15 - 44		45 ou mais		Geral	
	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C
DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS										
I - Doenças Infecciosas	100,0	255,0	100,0	63,8	70,0	74,9	75,0	56,0	83,8	87,2
II - Doenças não Infecciosas	-	-	-	-	20,0	22,6	-	-	9,7	11,1
III - Traumatismos	-	-	-	-	10,0	16,0	25,0	33,3	6,5	11,3
TOTAL	100,0	255,0	100,0	63,8	100,0	58,6	100,0	50,3	100,0	74,5

(Dados extraídos das Tabelas 60 e LXII a LXVI). (C = Taxas %).

TABELA 63 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de incidência agrupadas, segundo o critério de similitude. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR. FREQ. %, TAXAS	Masculino		Feminino		Branca		Não Branca		Geral	
	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C
DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS										
I - Doenças Infecciosas	87,5	115,2	81,8	65,3	84,0	107,5	83,4	49,8	83,8	87,2
II - Doenças não Infecciosas	5,0	10,3	18,2	21,7	10,0	11,2	8,3	21,7	9,7	11,1
III - Traumatismos	7,5	15,3	-	-	6,0	9,7	8,3	21,7	6,5	11,3
TOTAL	100,0	101,8	100,0	57,7	100,0	31,5	100,0	45,1	100,0	74,5

(Dados extraídos das Tabelas 61 e LXVII a LXX). (C = Taxas %).

fecciosas as mais importantes do ponto de vista de morbidade de incidência.

No Grupo I, pela sua freqüência proporcional e pelo valor das taxas de casos, têm importância: as afecções respiratórias agudas (48,4% e 133,3%), a enterite e diarreia (19,0% e 53,3%), as protozooses intestinais e as inflamações dos olhos (4,8% e 13,3%). As demais condições deste grupo têm freqüências baixas (1,6% e 4,4%).

No Grupo II, ocupam lugar de proeminência a hiperemese gravídica (4,8% e 13,3%), a anemia (3,2% e 10,4%) e as doenças geniturinárias (1,6% e 4,4%).

No Grupo III, as lesões corporais de causa externa (4,4% e 13,3%) e os acidentes de trânsito (1,6% e 4,4%).

3 - Avaliação da morbidade de acordo com o conceito do dano.

Nas Tabelas 64 e 65 podemos observar as condições de morbidade de prevalência instantânea ordenadas no sentido de maior a menor importância tendo em conta as ponderações estabelecidas para determinar o dano de cada uma delas. O mesmo podemos observar no referente às condições de morbidade de incidência (Tabelas 66 e 67), e em relação com as condições agrupadas de prevalência ou de incidência (Tabelas 68 e 69)

Comparando a classificação tanto das condições de morbidade de prevalência como de incidência, ora isoladas, ora agrupadas, observamos que existe significativa diferença entre estas duas formas de focalizar o problema. No caso de morbidade de prevalência, constatamos que as helmintíases que pelo valor das taxas (Tabelas 54, 55 e 64, 65), ocupavam o quinto lugar, passa a ocupar o terceiro lugar de acordo com o critério de dano; a toxoplasmose passa do oitavo para o quinto; as doenças das vias aéreas superiores passam do terceiro para o quarto; a anemia passa do décimo para o sexto; as afecções geniturinárias passam do sexto para o sétimo; as afecções do aparelho digestivo e as protozooses intestinais que não figuram entre os dez primeiros lu-

TABELA 64 - Classificação e hierarquização das condições de morbidade de prevalência instantânea de acordo com o conceito de dano.

FATORES	TRANSCEN- DÊNCIA MÉDIA	MAGNITU- DE %	VUINERA- BILIDADE	VALORES RESULTAN- TES	HIERARQUI- ZAÇÃO
DIAGNÓSTICOS					
Helminthiases intestinais	0,69	7,38	0,66	3,36	3º
Protozooses intestinais	0,75	2,36	0,66	1,17	8º
Tumores benignos	0,64	0,49	0,10	0,03	27º
Bócio	0,64	1,27	0,66	0,53	13º
Diabetes mellitus	0,55	0,63	0,10	0,03	27º
Deficiências nutricionais	0,75	10,23	0,66	5,06	1º
Obesidade. D. Endócrinas	0,61	1,23	0,10	0,07	24º
Anemia	0,74	3,65	0,66	1,77	6º
Alteração mental e emocional	0,76	0,54	0,10	0,04	26º
Alcoolomania	0,68	2,01	0,10	0,13	21º
Doenças dos olhos	0,64	2,06	0,33	0,13	21º
Doenças dos ouvidos	0,72	1,32	0,10	0,31	17º
Doenças do Sist. Nervoso Central	0,72	1,27	0,66	0,09	23º
Doença valvular reumática	0,70	0,09	0,33	0,04	26º
Hipertensão arterial	0,62	0,44	0,33	0,09	23º
Doença cerebrovascular	0,55	0,09	0,10	0,01	28º
Doenças das veias	0,57	2,50	0,10	0,14	20º
Outras D. do Sistema Cardiovascular	0,63	0,83	0,33	0,17	19º

Tabela 64 - Cont.

Bronquite, enfisema, asma	0,73	3,19	0,33	0,76	10º
Infecções Respiratórias Agudas	0,74	2,16	0,33	0,52	14º
D. Respiratórias Superiores	0,76	8,85	0,33	2,21	4º
Anomalias dentofaciais	0,72	7,92	0,10	0,57	12º
Cárie e D. periodontais	0,72	9,59	0,66	4,55	2º
Doenças digestivas	0,70	2,55	0,66	1,17	8º
Doenças geniturinárias	0,71	5,16	0,33	1,20	7º
D. Pele e Tecido Celular Subcutâneo	0,73	4,72	0,33	0,13	9º
D. Sistema osteomuscular	0,61	1,91	0,10	0,11	22º
Anomalias congênitas	0,65	0,19	0,10	0,01	28º
Imaturidade	0,95	0,04	0,33	0,01	28º
Adeno e esplenomegalias	0,81	5,65	0,10	0,45	15º
Lesões corporais	0,65	3,19	0,33	0,64	11º
Blenorragia	0,70	0,14	0,66	0,06	25º
Hanseníase	0,40	0,04	0,66	0,01	28º
Sífilis	0,64	0,34	0,66	0,14	20º
Doença de Chagas	0,60	0,49	0,66	0,19	18º
Toxoplasmose	0,67	4,47	0,66	1,97	5º
Leptospirose	0,73	0,68	0,66	0,32	16º

(Dados calculados com base nas Tabelas LIII a LVII. Anexo 4).

TABELA 65 - Hierarquização das condições de morbidade de prevalência instantânea de acordo com o conceito de dano.

DIAGNÓSTICOS	VALORES DO DANO	HIERARQUIZAÇÃO
Deficiências nutricionais	5,06	1º
Cárie e D. periodontais	4,55	2º
Helminthiases intestinais	3,36	3º
D. Respiratórias Superiores	2,21	4º
Toxoplasmose	1,97	5º
Anemia	1,77	6º
Doenças geniturinárias	1,20	7º
Doenças digestivas	1,17	8º
Protozooses intestinais	1,17	8º
D. Pele e Tecido Celular Subcutâneo	1,13	9º
Bronquite, enfisema, asma	0,76	10º
Lesões corporais	0,64	11º
Anomalias dentofaciais	0,57	12º
Bócio	0,53	13º
Infecções Respiratórias Agudas	0,52	14º
Adeno e esplenomegalias	0,45	15º
Leptospirose	0,32	16º
Doenças dos ouvidos	0,31	17º
Doença de Chagas	0,19	18º
Outras D. do Sistema Cardiovascular	0,17	19º
Doenças das veias	0,14	20º
Sífilis	0,14	20º
Alcoolmania	0,13	21º
Doenças dos olhos	0,13	21º
D. Sistema osteomuscular	0,11	22º
Doenças do Sistema Nervoso Central	0,09	23º
Hipertensão arterial	0,09	23º
Obesidade. D. Endócrinas	0,07	24º
Blenorragia	0,06	25º
Alteração mental e emocional	0,04	26º
Doença valvular reumática	0,04	26º
Tumores benignos	0,03	27º
Diabetes mellitus	0,03	27º
Doença cerebrovascular	0,01	28º
Anomalias congênitas	0,01	28º
Imaturidade	0,01	28º
Hanseníase	0,01	28º

(Dados extraídos da Tabela 64).

TABELA 66 - Classificação e hierarquização, segundo o conceito de dano das condições de mor-
 bidade de incidência diagnosticadas no período de um mês.

DIAGNÓSTICOS	FATORES DO DANO	TRANSCEN- DÊNCIA MÉDIA	MAGNITU- DE %	VULNERA- BILIDADE	VALORES RESULTAN- TES	HIERARQUI- ZAÇÃO
Enterite, Diarréia		0,76	19,3	0,66	9,68	2º
Gonorréia		0,70	1,6	0,66	0,73	8º
Helminthíases Intestinais		0,90	1,6	0,66	0,95	7º
Protozooses Intestinais		0,87	4,8	0,66	2,69	4º
Anemia		0,70	3,2	0,66	1,47	5º
Doenças Inflamatórias dos Olhos		0,60	4,8	0,66	2,91	3º
Otite Média		0,97	1,6	0,66	0,73	8º
Infecções Respiratórias Agudas		0,80	48,4	0,66	25,55	1º
Outras Doenças Aparelho Geniturinário		0,70	1,6	0,33	0,36	9º
Hiperemese Gravídica		0,70	4,8	0,33	1,10	6º
Infecções Pele, Tecido Celular Subcutâneo		0,90	1,6	0,66	0,95	7º
Acidentes de Trânsito		0,70	1,6	0,33	1,10	6º
Lesões de Causas Externas		0,60	4,8	0,33	0,95	7º

(Dados calculados com base nas Tabelas LXII a LXVI).

TABELA 67 - Hierarquização, segundo o conceito de dano das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês.

CONDIÇÕES DE MORBIDADE DIAGNOSTICADAS	HIERARQUIZAÇÃO	VALORES DO DANO
Infecções Respiratórias Agudas	1º	25,55
Enterite, Diarréia	2º	9,68
Doenças Inflamatórias dos Olhos	3º	2,91
Protozooses Intestinais	4º	2,69
Anemia	5º	1,47
Hiperemese Gravídica	6º	1,10
Acidentes de Trânsito	6º	1,10
Infecções Pele, Tecido Celular Subcutâneo	7º	0,95
Lesões de Causas Externas	7º	0,95
Helmintíase Intestinal	7º	0,95
Gonorréia	8º	0,73
Otite Média	8º	0,73
Outras Doenças Aparelho Geniturinário	9º	0,36

(Dados extraídos da Tabela 66)

TABELA 68 - Hierarquização das condições de morbidade de prevalência instantânea agrupada, segundo o conceito de dano.

FATORES DO DANO	TRANSCEN- DÊNCIA MÉDIA	MAGNITU- DE %	VULNERA- BILIDADE *	VALORES ACHADOS	HIERARQUI- ZAÇÃO
DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS					
I - Doenças Transmissíveis	0,72	16,0	0,66	7,60	3º
II - Deficiências Nutricionais	0,73	26,6	0,60	11,68	1º
III- Doenças associadas de Aparelhos e Sistemas	0,74	32,5	0,33	7,93	2º
IV - Doenças crônicas e Degenerativas	0,63	9,1	0,20	1,14	5º
V - Doenças Sistema Nervoso, Mentais e Emocionais	0,80	8,0	0,10	0,64	7º
VI - Doenças herdadas e Tumores benignos	0,83	0,7	0,12	0,69	6º
VII- Defeitos físicos e Lesões de Causas Externas	0,70	11,1	0,17	1,32	4º

* Média ponderada.

(Dados calculados com base nas Tabelas LIII a LVII. Apêndice 4).

TABELA 69 - Hierarquização das condições de morbidade de incidência agrupada, segundo o conceito de dano.

DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS	FATORES DO DANO	TRANSCEN-	MAGNITU-	VULNERA-	VALORES	HIERARQUI-
		DÊNCIA	DE	BILIDADE	ACHADOS	ZAÇÃO
		MÉDIA	%			
I - Doenças Infeciosas		0,84	83,8	0,66	46,45	1º
II - Doenças não Infeciosas		0,70	9,7	0,33	2,24	2º
III - Traumatismos		0,62	6,5	0,33	1,32	3º

(Dados calculados com base nas Tabelas LXII a LXVI. Apêndice 4)

gares na classificação por taxas passam a ocupar o oitavo lugar, segundo o conceito do dano.

Em relação com as condições de morbidade de incidência (Tabelas 60, 61 e 66, 67), as infecções inflamatórias dos olhos passam do quarto para o terceiro lugar; a blenorragia do terceiro para o oitavo; a hiperemese gravídica do quarto para o sexto; as helmintíases intestinais do sexto para o sétimo; as doenças geniturinárias e a otite média do sétimo para o oitavo e nono lugares.

No caso da prevalência agrupada (Tabelas 56 a 59 e 68), temos as doenças transmissíveis que passam do quarto para o terceiro lugar; os defeitos físicos e as lesões corporais de causa externa do terceiro para o quarto; as doenças do sistema nervoso, mentais e emocionais do sexto para o sétimo, e as doenças herdadas e os tumores benignos do sétimo para o sexto lugar.

As condições de incidência (Tabelas 62, 63 e 69), não diferem comparando-se as duas classificações.

4 - Análise especial dos estados de saúde e de doença através dos meios de percepção no diagnóstico.

4.1. Avaliação global da saúde pelo paciente e pelo médico.

Durante a anamnese foi indagado sobre a percepção subjetiva da saúde individual dos examinados. Perguntamos como era ou como tinha sido a saúde destes na atualidade e no passado, tanto mediate como imediato. As respostas obtidas (Tabelas 70 e 71) foram: 76,2% dos examinados achavam que a saúde era satisfatória, 21,9% que era deficiente ou regular e somente 1,9% que era má. Esta avaliação subjetiva apresenta variação com a idade pois, observamos que a impressão de boa saúde diminui a partir dos 15 anos, enquanto que a deficiente ou má saúde aumenta a partir da mesma idade.

A simples avaliação do estado de saúde das pes-

TABELA 70 - Auto-avaliação do estado de saúde pelo paciente. Dado obtido durante a anamnese. Relação com as variáveis idade e sexo.

SEXO. AVALIAÇÃO IDADE EM ANOS	Masculino						Feminino						Total						TOTAL
	Satisfação			Deficiente			Má			Satisfação			Deficiente			Má			
	Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		
4 ou menos	13	76,5		4	23,5		-	-		9	100,0		-	-		-	-		26
5 - 14	23	88,4		3	11,5		-	-		24	85,8		4	14,2		-	-		64
15 - 44	33	76,7		9	20,9		1	2,3		39	65,0		19	31,6		2	3,3		103
45 ou mais	7	58,4		4	33,3		1	8,3		12	66,6		6	33,3		-	-		30
TOTAL	86	79,6		20	18,0		2	1,8		84	73,1		29	25,2		2	1,7		223

TABELA 71 - auto-avaliação do estado de saúde pelo paciente. Dado obtido durante a anamnese. Relação com as variáveis idade e cor.

COR. AVANÇADA QUO	Branca						Não Branca						Total							
	Satisfa- ção			Defici- ente			Má			Satisfa- ção			Defici- ente			Má				
	tória			ente			Má			tória			ente			Má				
	tória			ente			Má			tória			ente			Má				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	TOTAL	
4 ou menos	29	82,6	4	27,4	-	-	3	100,0	-	-	-	22	84,7	4	15,3	-	-	-	26	
5 - 14	47	92,2	4	7,8	-	-	30	76,9	3	23,1	-	57	89,1	7	10,9	-	-	-	64	
15 - 44	57	88,7	23	27,7	3	3,6	15	76,0	5	25,0	-	72	69,9	23	27,1	3	2,9	-	103	
45 ou mais	13	65,0	7	35,0	-	-	6	60,0	3	30,0	1	10,0	19	63,4	10	33,3	1	3,3	-	30
TOTAL	136	76,6	38	21,5	3	1,7	34	73,9	11	23,9	1	2,2	170	76,2	49	21,9	4	1,9	-	223

soas feita no momento de começar o exame físico (Tabela 72), re vela que o médico considerou estarem em bom estado de saúde 74,2% das pessoas, em estado deficiente ou regular 22,7% e em mau estado 3,1%. Também definiu que 97,4% das mesmas eram pa-
cientes ambulatorios normais, 1,8% ambulatorios incapacitados e 0,8% guardavam cama ou estavam criticamente doentes; estes últi-
mos correspondem a casos de acidentes vascular cerebral e alte-
ração mental grave. Não foram observadas diferenças entre os gru-
pos das variáveis idade, sexo ou cor. Existe pois, uma coinci-
dência na avaliação subjetiva feita pelo paciente e objetiva
feita pelo médico, quanto ao estado de saúde dos examinados.

4.2. Avaliação através da patogenicidade.

4.2.1. Através do conceito do Horizonte clínico.

Analisando os diagnósticos das condições de mor-
bilidade de prevalência instantânea, sob o prisma denominado "ho-
rizonte clínico" (LEAVEL & CLARK, 1965), tentamos quantificar
os componentes clínico e subclínico, utilizando as convenções e
arranjos estabelecidos no Item 4.2.; na parte F do Capítulo III
deste trabalho. Para tal efeito extraímos os dados necessários
das Tabelas LIII a LXI, do Apêndice 4.

Antes de entrar na questão, salientamos que o la-
boratório somente foi utilizado para complementar o diagnóstico
nas seguintes condições de morbidade: helmintíases e proto-
zooses intestinais, diabetes mellitus, anemia ferropriva, afec-
ções geniturinárias, blenorragia, sífilis latente, doença de
Chagas, toxoplasmose e leptospirose. É ainda importante esclare-
cer que os exames de laboratório utilizados para o diagnóstico
das afecções geniturinárias, inclusive a blenorragia, foram fei-
tos em mulheres e entre estas ficou estabelecido, segundo o I-
tem de Unidades de Medida do Capítulo III de Casuística e Méto-
dos, assim como no Apêndice 3, que somente o fariam as maiores
de 15 anos com história de vida sexual ou por indicação espe-
cial. Assim mesmo, nem todas as que deveriam fazer exame gineco-
lógico permitiram tal prática, outras, somente submeteram-se em
parte a tais exames.

TABELA 72 - Avaliação e situação do estado de saúde dos examinados, determinadas pelo médico no começo do exame físico.

AVALIAÇÃO	Nº	%
Boa	167	74,2
Regular	51	22,7
Má	7	3,1
TOTAL	225	100,0

SITUAÇÃO	Nº	%
Ambulatório normal	219	97,4
Ambulatório incapacitado	4	1,8
Guarda cama	1	0,4
Criticamente doente	1	0,4
TOTAL	225	100,0

Considerando os anteriores esclarecimentos nas citadas condições de morbilidade (Tabela 73), a clínica contribui com 20,4% dos diagnósticos e o laboratório com 42,5%, havendo 37,1% de diagnósticos que foram obtidos simultaneamente pela clínica e pelo laboratório. Os casos diagnosticados só pela clínica, e os diagnosticados simultaneamente pela clínica e pelo laboratório correspondem a condições francamente sintomáticas; os casos diagnosticados unicamente pelo laboratório correspondem a condições francamente assintomáticas. Se tivéssemos utilizado unicamente a clínica, apenas teríamos obtido 57,8% dos diagnósticos, se somente o laboratório conseguíssemos 79,6%.

Se consideramos os casos em função da linha do "horizonte clínico" (Gráfico 1), observamos que 42,5% das condições diagnosticadas na população geral correspondem a processos assintomáticos. Estas condições assintomáticas são mais frequentes entre os homens do que entre as mulheres, não são diferentes entre pessoas brancas e não brancas e diminuem à medida que a idade aumenta até os 44 anos voltando novamente a incrementar-se no grupo dos maiores de 45 anos.

Em geral, existe equilíbrio entre os casos sintomáticos e os assintomáticos, porém, se analisamos separadamente as condições diagnosticadas com o auxílio do laboratório, podemos distinguir três tendências:

- 1) condições nas quais predominam os casos assintomáticos ou subclínicos evidenciados com base no laboratório;
- 2) condições nas quais predominam os casos diagnosticados pela clínica, existindo porém, considerável proporção de casos subclínicos;
- 3) condições nas quais todos os casos são simultaneamente diagnosticados pela clínica e pelo laboratório. A primeira tendência corresponde a casos de escassa ou nenhuma patogenicidade, a segunda corresponde a casos de patogenicidade média e a terceira aos de acentuada patogenicidade.

Em geral (Gráficos 2 e 3), o diabetes, a sífilis,

TABELA 73 - Participação proporcional da clínica e do laboratório nos diagnósticos das condições de morbidade de prevalência instantânea *. Relação com as variáveis sexo, cor e idade.

SEXO, COR E IDADE		DIAGNÓSTICO	Clínico	Clínico-la- boratorial	Laboratório
			%	%	%
GERAL			20,4	37,1	42,5
SEXO	Masculino		4,7	44,3	51,0
	Feminino		30,7	32,4	36,7
COR	Branca		21,4	37,0	41,6
	Não Branca		16,8	38,3	44,9
IDADE	4 ou menos		10,0	40,0	50,0
	5 - 14		6,1	51,7	42,1
	15 - 44		30,1	31,2	38,7
	45 ou mais		17,7	31,6	50,7

* Compreende as seguintes condições: Helmintíases e Protozooses Intestinais, Diabetes mellitus, Anemia.D.Apa-
relho Urogenital, Blenorragia, Sífilis latente, D. de Chagas, Toxoplasmose, Leptospirose.

(Dados calculados com base nas Tabelas LIII a LXII.
Anexo 4).

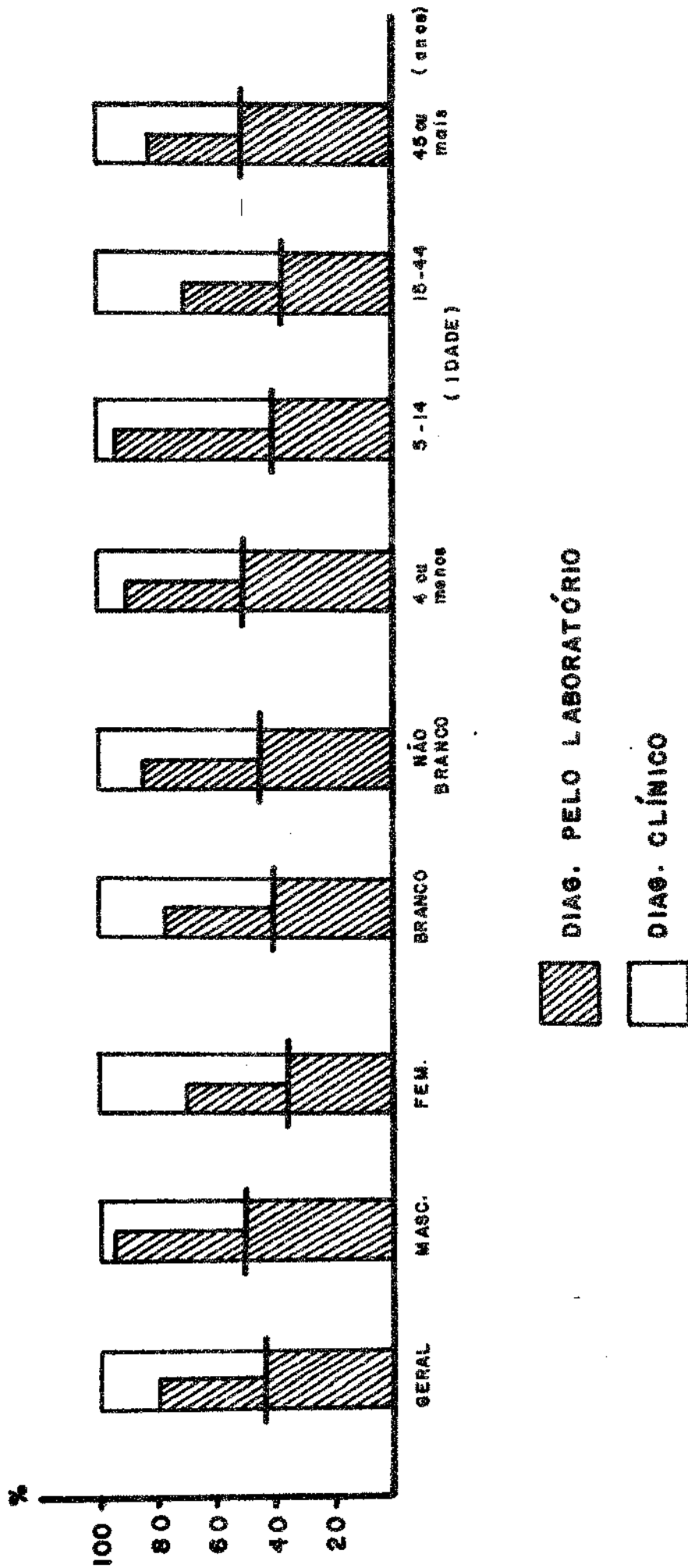
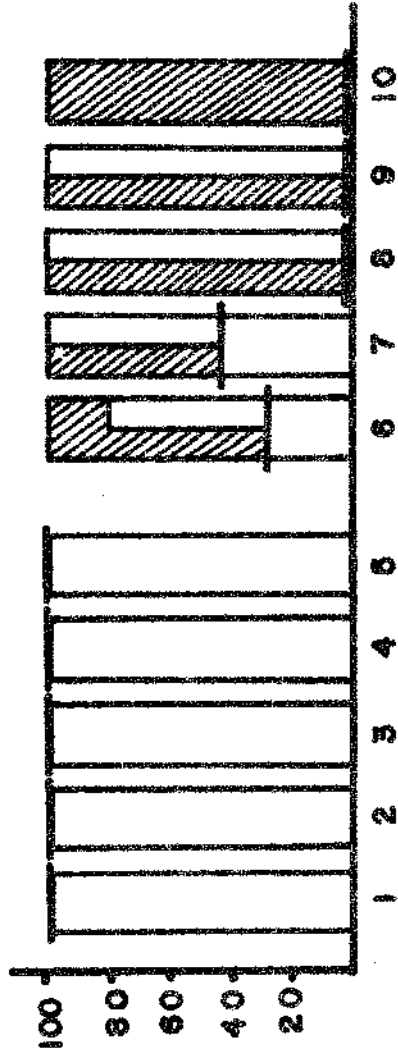


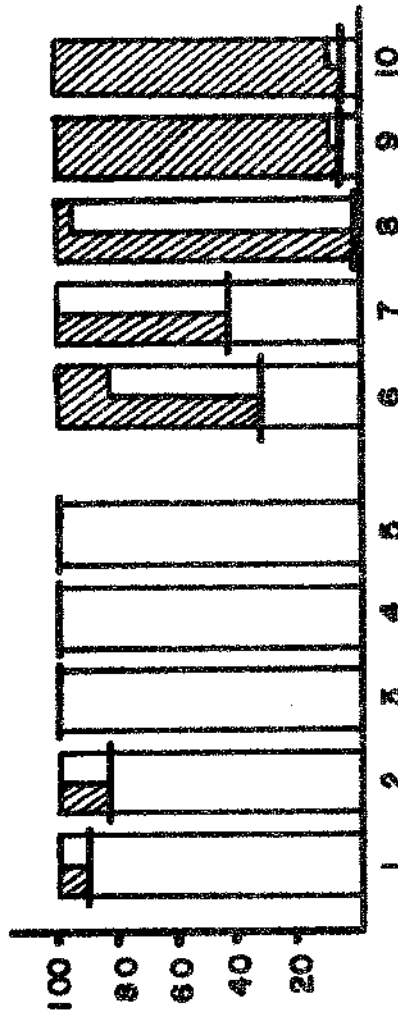
GRÁFICO 1

PROJEÇÃO DO HORIZONTE CLÍNICO DAS CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA, DIAGNOSTICADAS COM O AUXÍLIO DO LABORATÓRIO, DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS EM CONJUNTO DE: SEXO, COR E IDADE.

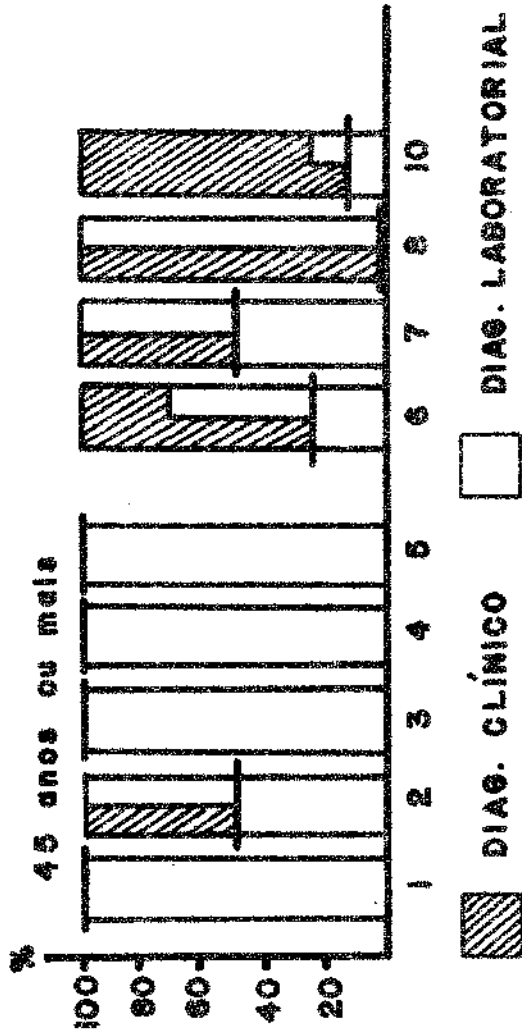
% 15 e 44 anos



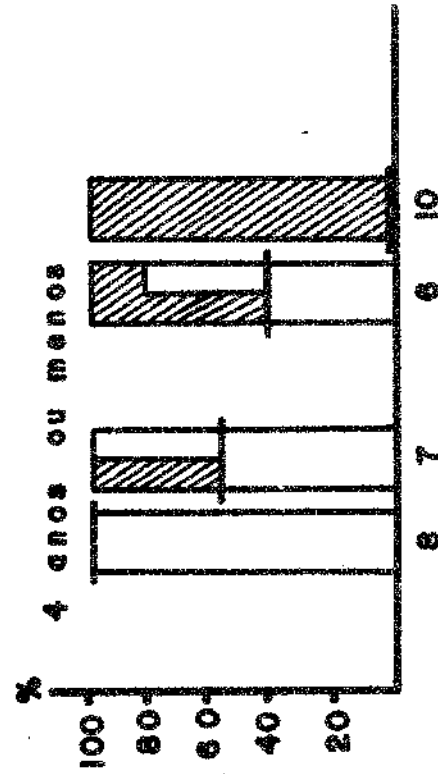
% GERAL



% 45 anos ou mais



% 4 anos ou menos



% 5 e 14 anos

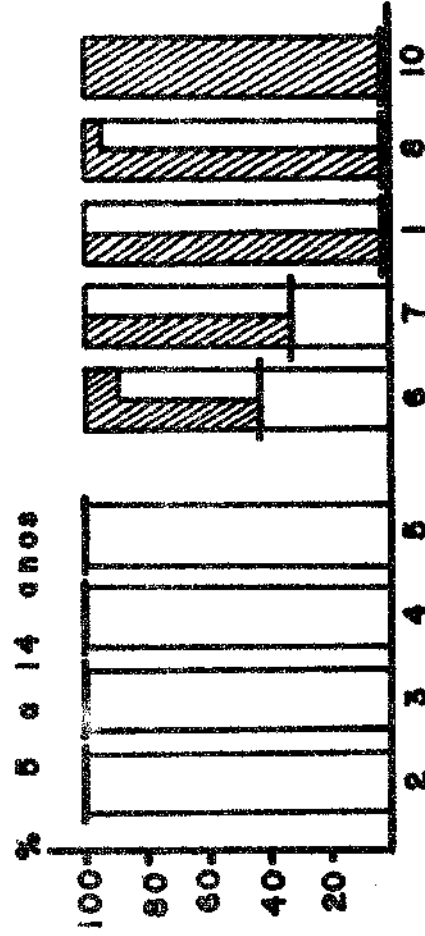
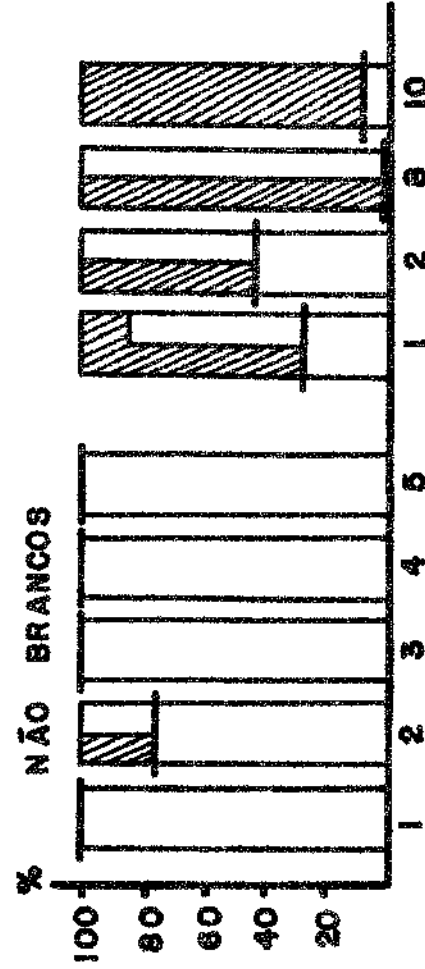
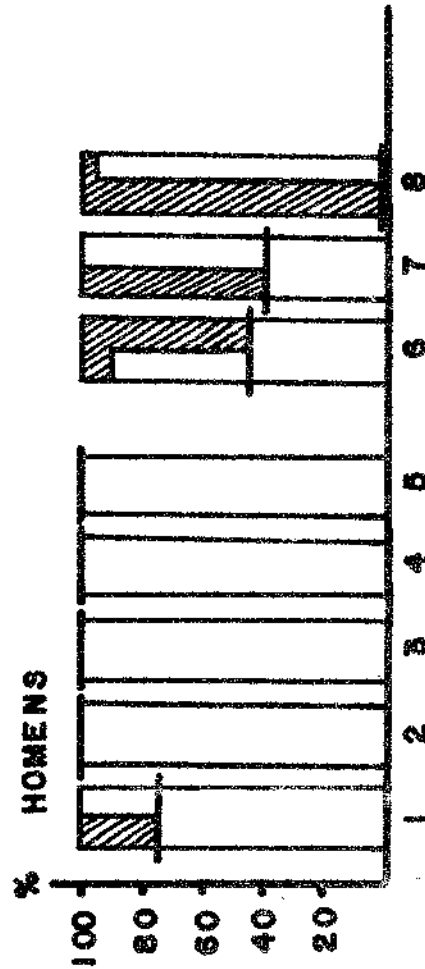
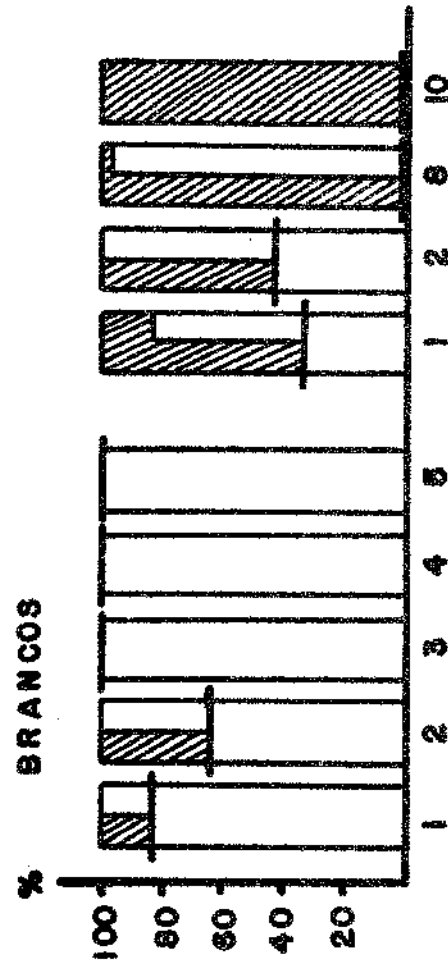
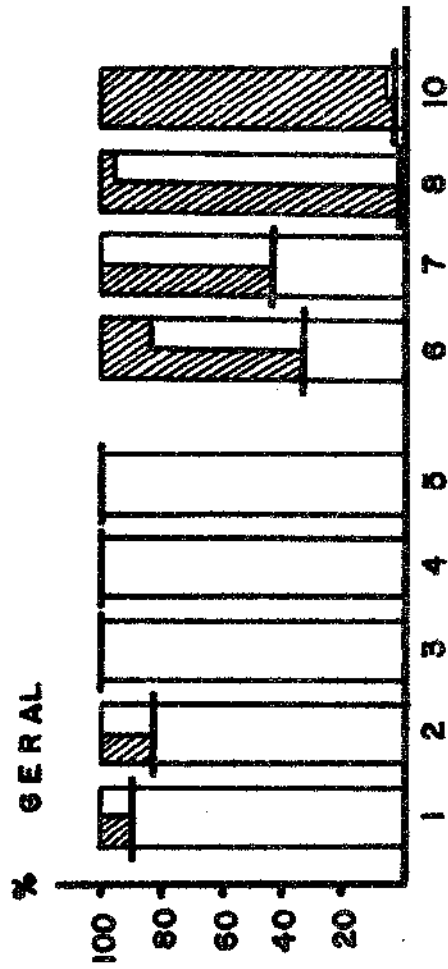


GRÁFICO - 2

PROJEÇÃO DO HORIZONTE CLÍNICO DAS CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA DIAGNOSTICADAS COM O AUXÍLIO DO LABORATÓRIO E RELAÇÕES COM A IDADE.

- 1 - DIABETES MELLITUS
- 2 - SÍFILIS LATENTE
- 3 - DOENÇA DE CHAGAS
- 4 - TOXOPLASMOSE
- 5 - LEPTOSPIROSE

- 6 - HELMINTÍASE INTESTINAL
- 7 - PROTOZOOSE INTESTINAL
- 8 - ANEMIA
- 9 - BLENORRAGIA
- 10 - DOENÇAS DO AP. GENITURINÁRIO

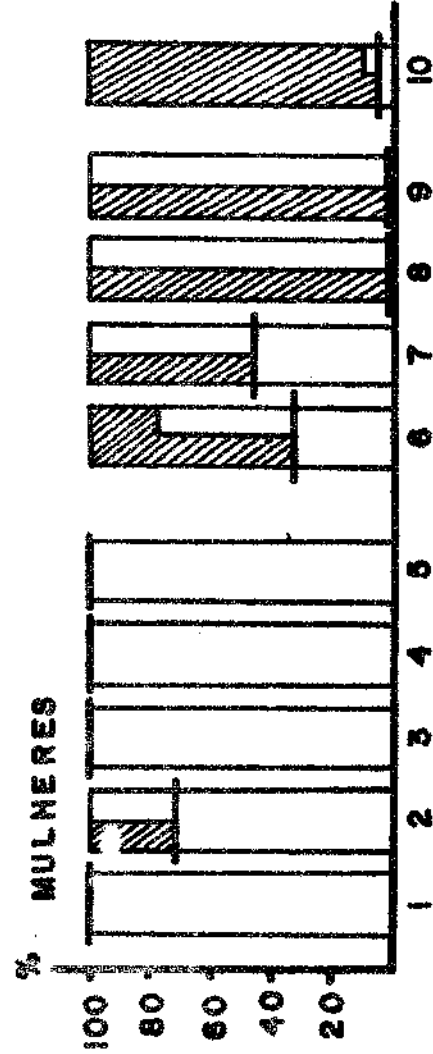


 - DIAG. CLÍNICO
  - DIAG. LABORATORIAL

GRÁFICO 3

PROJEÇÃO DO HORIZONTE CLÍNICO DAS CONDIÇÕES
 DE MORBIDADE DE PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA DIAS
 HOSPIDALIZADAS COM O AUXÍLIO DO LABORATÓRIO
 E RELACIONADA COM AS VARIÁVEIS SEXO E COR.

- 1 - DIABETES MELLITUS
- 2 - SÍFILIS LATENTE
- 3 - DOENÇA DE CHAGAS
- 4 - TOXOPLASMOSE
- 5 - LEPTOSPIROSE
- 6 - HELMINTÍASE INTESTINAL
- 7 - PROTOZOOSE INTESTINAL
- 8 - ANEMIA
- 9 - BLENNORRAGIA
- 10 - DOENÇAS DO AP. GENITURINÁRIO



a doença de Chagas, e a leptospirose correspondem à primeira tendência. As helmintíases e protozooses intestinais correspondem à segunda; a anemia e a blenorragia à terceira.

Esta distribuição varia conforme a idade, sexo e cor. A anemia faz parte da tendência subclínica, as helmintíases e as protozooses fazem parte da tendência de franca patogenicidade entre os menores de 4 anos.

O diabetes faz parte da tendência de alta patogenicidade no grupo etário de 5 a 14 anos. Entre as mulheres, a blenorragia apresenta alta patogenicidade.

Contrariamente às condições de morbidade de prevalência, nos diagnósticos das condições de incidência, não constatamos casos subclínicos, fato que se repete em todos os grupos das variáveis sexo, cor e idade, inclusive nas condições em que o laboratório foi utilizado como auxiliar do diagnóstico (protozooses intestinais e anemia) (Tabela 76, Gráficos 4 e 5).

4.2.2. Através dos elementos de percepção da clínica.

Os diagnósticos clínico e subclínico exigem uma análise relacionada com os componentes de percepção da doença representados pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório. Para este mister, novamente nos reportamos às convenções e arranjos estabelecidos no Item 4.2., na parte F do Capítulo III, deste trabalho. Com tal finalidade nos valem os dados que figuram nas Tabelas LII e LXVII do Apêndice 4.

Nas condições em que o laboratório foi utilizado como auxiliar do diagnóstico (Tabela 74, Gráfico 6) a sua contribuição alcança a proporção de 58,1% dos casos em geral. Esta proporção é mais acentuada entre os homens e entre as pessoas menores de 4 anos e maiores de 45. Não se observa diferença na variável cor. É interessante notar que a contribuição do paciente nos diagnósticos predomina sobre a contribuição do médico em todos os grupos, com exceção das pessoas de cor branca.

Nos diagnósticos clínicos das condições de morbi

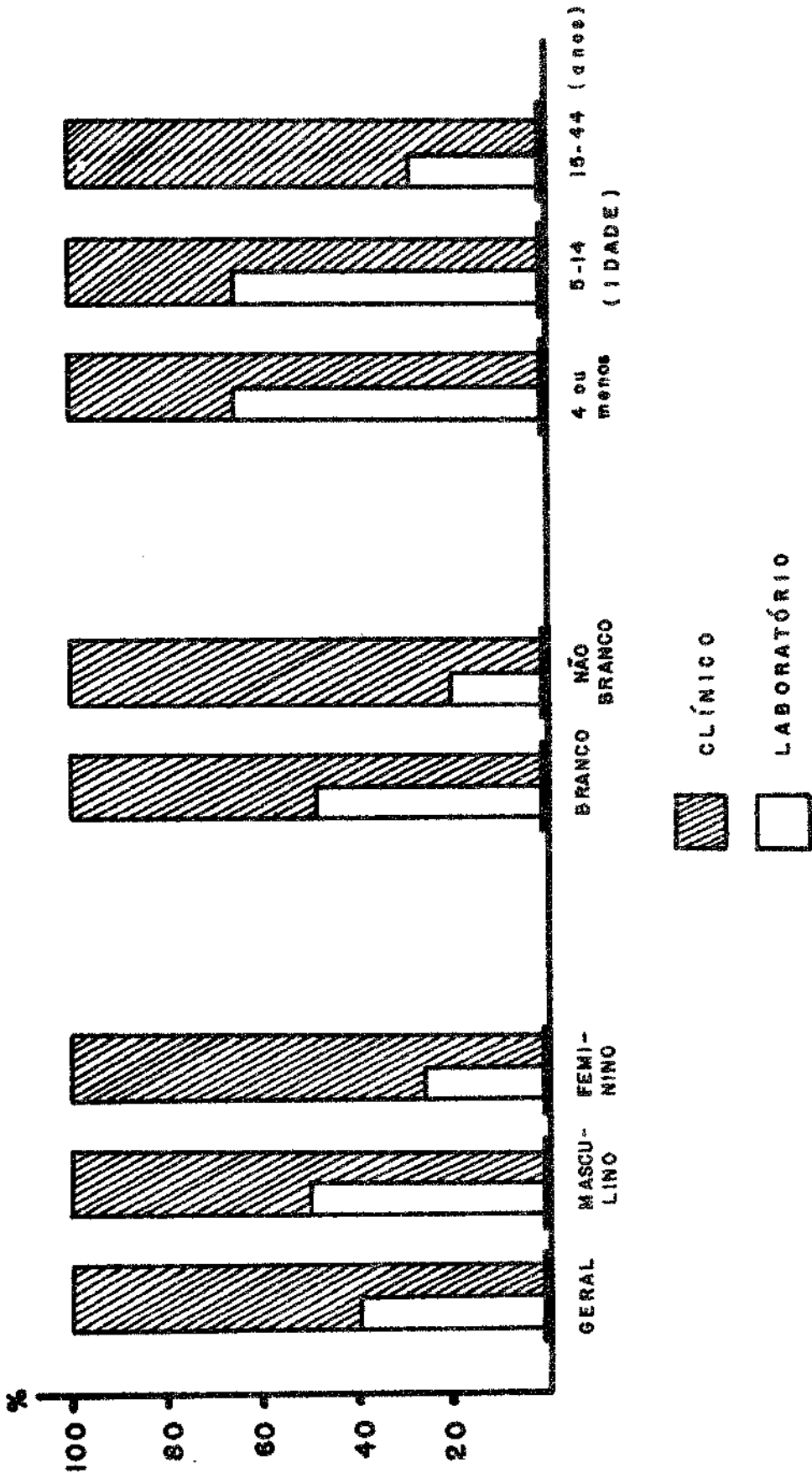
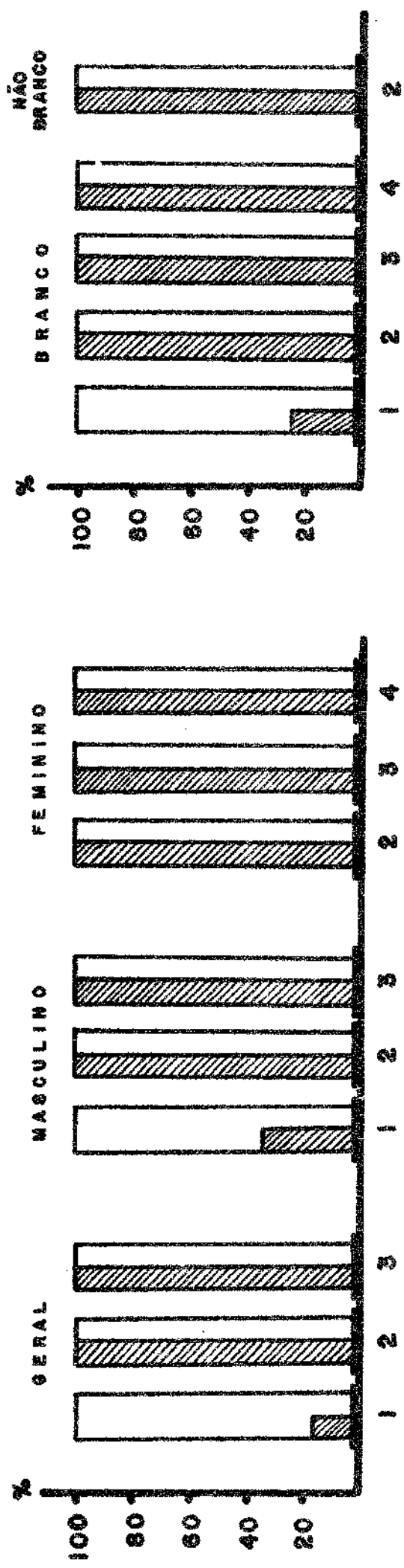


GRÁFICO 4

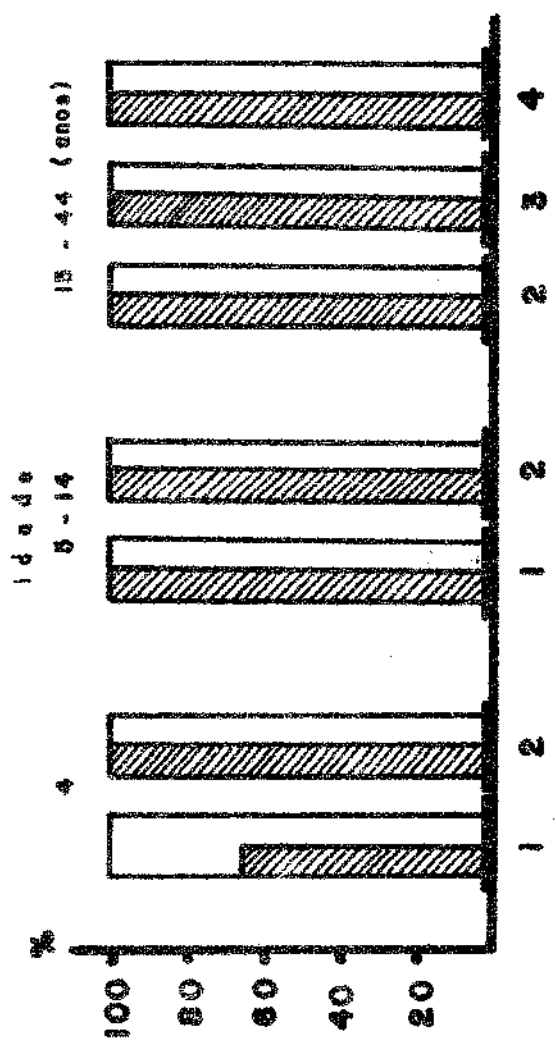
PROJEÇÃO DO HORIZONTE CLÍNICO DAS CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE INCIDÊNCIA EM CONJUNTO DIAGNOSTICADAS COM O AUXÍLIO DO LABORATÓRIO, DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SEXO, COR E IDADE.



- DIAGNÓSTICO PELO LABORATÓRIO
 - DIAGNÓSTICO PELA CLÍNICA

GRÁFICO B

PROJEÇÃO DO HORIZONTE CLÍNICO DAS CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE INCIDÊNCIA DIAGNOSTICADAS COM O AUXÍLIO DO LA BORATÓRIO E RELACIONADAS COM AS VARIÁVEIS SEXO, COR E IDADE.



- 1 - ENTERITE E OUTRAS DOENÇAS DIARREICAS
- 2 - PROTOZOOSSES INTESTINAIS
- 3 - ANEMIAS
- 4 - BLENNORRAGIA

TABELA 74 - Participação proporcional do paciente, do médico e do laboratório nos diagnósticos das condições de morbilidade de prevalência instantânea *. Relação com as variáveis sexo, cor e idade.

PERCEPÇÃO VARIÁVEIS		Paciente	Médico	Laboratório
		%	%	%
GERAL		54,2	45,8	58,1
SEXO	Masculino	48,4	45,3	38,0
	Feminino	58,0	46,0	64,5
COR	Branca	39,7	46,0	78,0
	Não Branca	52,3	44,8	78,5
IDADE EM ANOS	4 ou menos	50,0	40,0	90,0
	5 - 14	57,9	52,6	52,6
	15 - 44	55,0	45,4	69,5
	45 ou mais	44,3	43,0	82,3

* Compreende as seguintes condições: Helminthiases e Protozooses Intestinais, Diabetes mellitus, Anemia, D. Aparelho Urogenital, Blenorragia, Sífilis latente, Doença de Chagas, Toxoplasmose, Leptospirose.

(Dados calculados com base nas Tabelas LIII a LXII. Anexo 4).

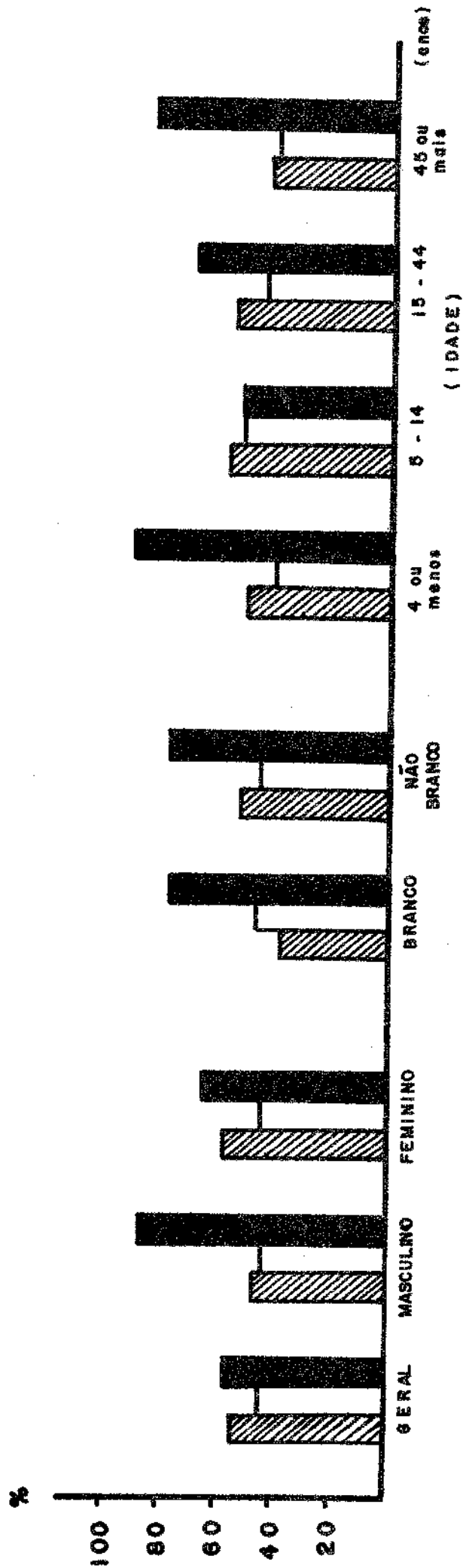


GRÁFICO 6

CONTRIBUIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA, DADA PELO PACIENTE, PELO MÉDICO E PELO LABORATÓRIO.

RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS: SEXO, COR E IDADE.

INCLUEM-SE AS SEGUINTE DOENÇAS: HELMINTÍASES E PROTOZOÓSES INTESTINAIS, DIABETES MELLITUS, ANEMIA, DOENÇAS DO AP. GENITURINÁRIO, BLENORRAGIA, SÍFILIS LATENTE, DOENÇA DE CHAGAS, TOXOPLASMOSE E LEPTOSPIROSE.

dade de prevalência (Tabela 75, Gráfico 7), observamos que a contribuição por parte do médico foi mais evidente que a do paciente, fato presente em todos os grupos das variáveis sexo, cor e idade.

Nas condições de morbilidade de incidência, existe uma maior contribuição do componente clínico, inclusive naquelas condições em que o laboratório foi utilizado como complemento para o diagnóstico (Gráfico 8).

Com respeito aos diagnósticos clínicos nas condições de incidência, contrariamente ao que acontece com as condições de prevalência, predomina a contribuição do paciente (Tabela 76, Gráfico 9).

Estes fatos também são comprovados quando aplicados às condições de prevalência e incidência agrupadas. Com respeito à prevalência, no grupo das doenças transmissíveis em que o laboratório foi utilizado em forma sistemática, exceção feita às infecções respiratórias agudas, sua contribuição para o diagnóstico foi em geral de 59,6% estando próximo deste valor em todos os grupos das variáveis idade, sexo e cor (Tabela 77).

Comparando a contribuição do laboratório com a do paciente e do médico, ainda no grupo das doenças transmissíveis (Tabelas 78 e 79), salta à vista a importância do laboratório também em todos os grupos das citadas variáveis e fica patente a igualdade da contribuição do paciente em relação ao médico.

A contribuição do médico é mais importante que a do paciente no grupo das carências nutricionais, nas doenças associadas de aparelhos e sistemas, nas doenças herdadas e tumores benignos e nas lesões corporais de causa externa. Exceção feita aos grupos das doenças herdadas e tumores benignos e ao das doenças crônicas, em menores de 4 anos, onde as contribuições do médico e do paciente são igualmente importantes.

A contribuição do paciente é mais importante que a do médico no grupo das doenças do sistema nervoso, emocionais e mentais.

TABELA 75 - Participação proporcional do paciente e do médico no diagnóstico das condições de morbi-
dade de prevalência instantânea. Relação com
as variáveis sexo, cor e idade.

PERCEPÇÃO SEXO, COR E IDADE		Paciente	Médico
EXAMINADOS EM GERAL		58,2	78,7
SEXO	Masculino	55,6	79,5
	Feminino	60,6	77,9
COR	Branca	60,0	79,0
	Não Branca	52,1	81,3
IDADE EM ANOS	4 ou menos	50,8	81,3
	5 - 14	52,1	82,1
	15 - 44	61,6	76,5
	45 ou mais	59,0	78,7

(Dados calculados com base nas Tabelas LIII a LXI. Apêndice 4).

TABELA 76 - Participação proporcional do paciente e do médico no diagnóstico das condições de morbi-
dade de incidência no período de um mês. Re-
lação com as variáveis sexo, cor e idade.

PERCEPÇÃO SEXO, COR E IDADE		Paciente	Médico
EXAMINADOS EM GERAL		100,0	79,0
SEXO	Masculino	100,0	87,2
	Feminino	100,0	69,6
COR	Branca	100,0	78,0
	Não Branca	90,9	75,0
IDADE EM ANOS	4 ou menos	100,0	92,8
	5 - 14	100,0	78,6
	15 - 44	100,0	73,3
	45 ou mais	100,0	75,0

(Dados calculados com base nas Tabelas LXIII a LXVI.
Apêndice 4).

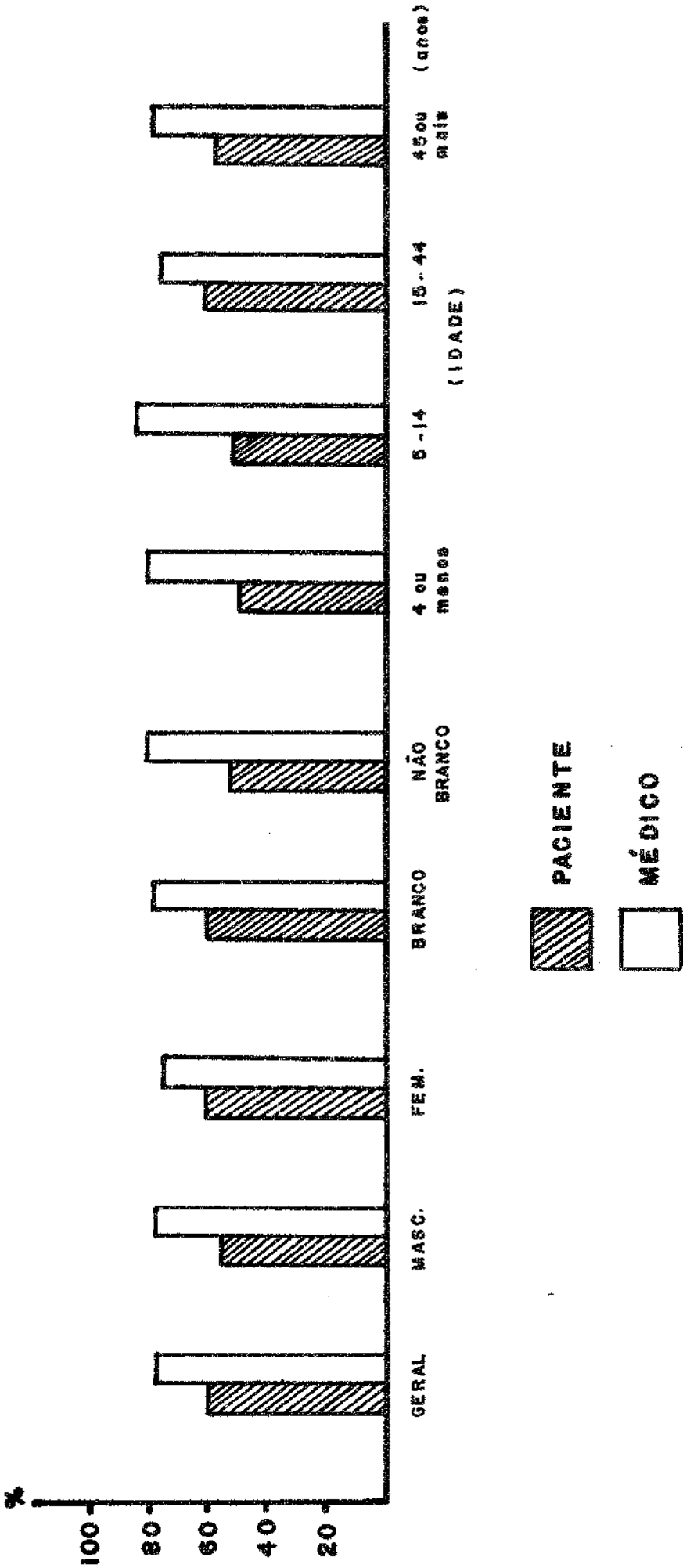


GRÁFICO 7

CONTRIBUIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA, DADA PELO PACIENTE E PELO MÉDICO.

RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SEXO, COR E IDADE.

GRÁFICO 8

EXPRESSÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO PELO PACIENTE, PELO MÉDICO E PELO LABORATÓRIO EM CASOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO-LABORATORIAL. MORBIDADE DE INCIDÊNCIA. RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SEXO, COR E IDADE.

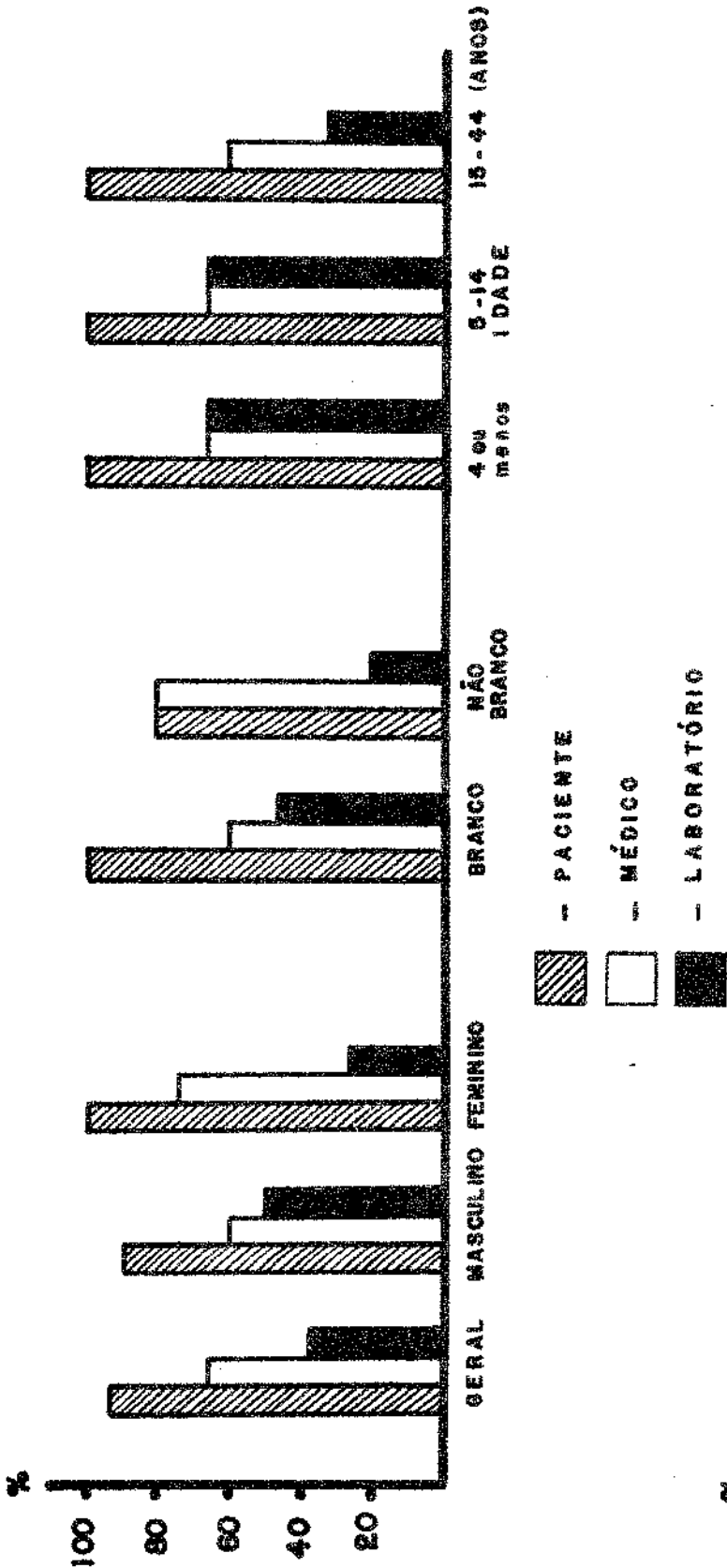


GRÁFICO 9

EXPRESSÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO PELO PACIENTE, E PELO MÉDICO EM CASOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO SEM O AUXÍLIO DO LABORATÓRIO. MORBIDADE DE INCIDÊNCIA. RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SEXO, COR E IDADE.

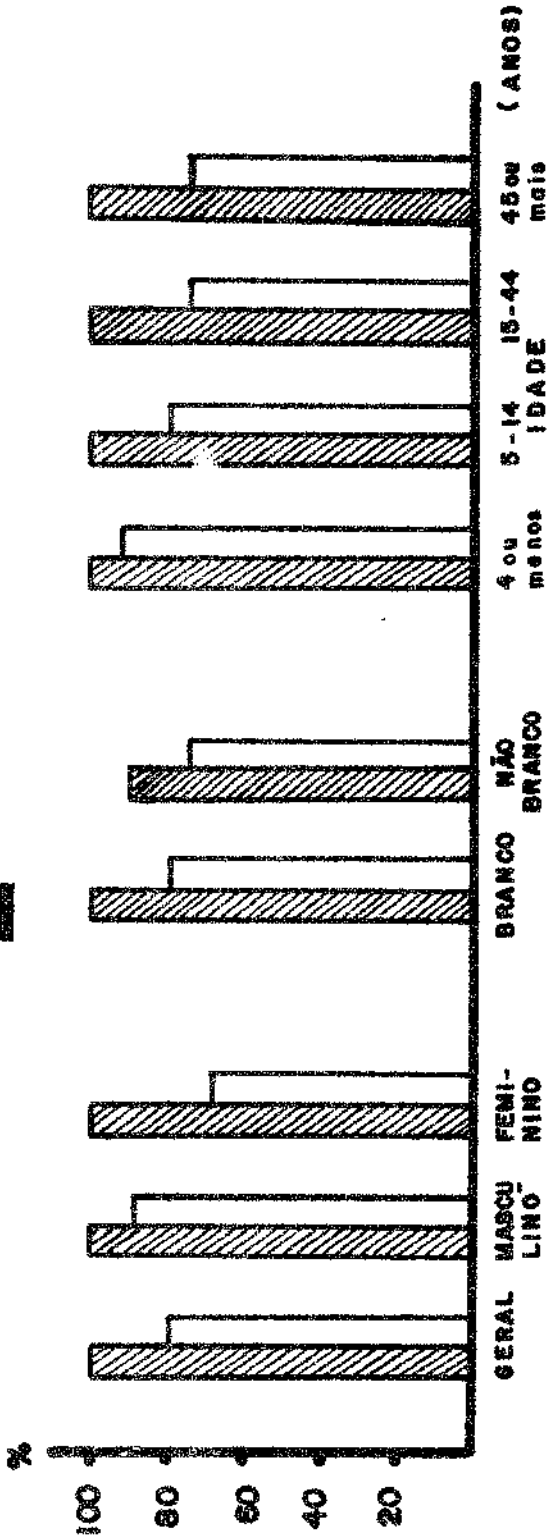


TABELA 77 - Participação proporcional da clínica e do laboratório nos diagnósticos das condições de morbidade de prevalência instantânea correspondentes ao grupo das Doenças Transmissíveis. Relação com as variáveis sexo, cor e idade.

SEXO, COR E IDADE		DIAGNÓSTICO *	Clínico	Clínico-laboratorial	Laboratório
			%	%	%
EXAMINADOS EM GERAL			8,0	32,4	59,6
SEXO	Masculino		5,4	31,5	63,1
	Feminino		10,3	33,1	56,6
COR	Branca		8,0	31,9	60,1
	Não Branca		6,9	36,1	57,0
IDADE EM ANOS	4 ou mais		10,5	42,1	47,4
	5 - 14		6,8	38,6	54,6
	15 - 44		7,2	30,1	62,7
	45 ou mais		11,8	25,5	62,7

* Excluem-se: Hanseníase e Infecções Respiratórias Agudas. (Dados calculados com base nas Tabelas LIII a LXI. Apêndice 4).

TABELA 78 - Participação proporcional do paciente, do médico e do laboratório no diagnóstico das condições de morbidade de prevalência instantânea, agrupadas, segundo a similitude. Relação com a variável idade.

IDADE EM ANOS		4 ou menos	5 - 14	15 - 44	45 ou mais	Geral
DIAGNÓSTICOS AGrupADOS. PERcepção						
I - Doenças Transmissíveis	Paciente Médico Laboratório *	64,0 56,0 89,5	50,0 46,0 93,2	40,0 37,3 92,8	34,5 37,9 90,0	43,7 47,5 92,3
II - Deficiências de Nutrição	Paciente Médico	63,3 96,7	76,4 100,0	90,0 100,0	91,7 100,0	85,1 100,0
III- Doenças associadas de Aparelhos e Sistemas	Paciente Médico	34,7 81,6	41,2 65,5	60,0 91,6	42,2 86,8	52,3 81,9
IV - Doenças crônicas e Di- gestivas	Paciente Médico	87,5 87,5	50,0 63,3	54,5 79,0	58,7 78,7	56,9 77,6
V - Doenças do Sist. Nervoso, Mentais e Emocionais	Paciente Médico	- -	100,0 29,4	98,0 11,8	100,0 10,0	98,7 15,4
VI - Doenças herdadas e Tumo- res benignos	Paciente Médico	100,0 100,0	0,0 100,0	12,5 87,5	0,0 100,0	12,3 100,0
VII- Lesões corporais de Ca- sas Externas	Paciente Médico	- -	16,0 100,0	32,2 98,4	38,1 97,6	28,3 100,0

* Excluem-se: Hanseníase e Infecções Respiratórias Agudas.
(Dados calculados com base nas Tabelas LIII a LXVII. Apêndice 4).

TABELA 79 - Participação proporcional do paciente, do médico e do laboratório no diagnóstico das condições de morbidade de prevalência instantânea, agrupadas, segundo a similitude. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		Masculino	Feminino	Branca	Não Branca	Geral
DIAGNÓSTICOS	AGrupADOS. PERCEPÇÃO					
I - Doenças Transmissíveis	Paciente Médico Laboratório*	42,9 42,3 94,6	44,0 39,9 90,2	44,2 39,9 92,0	42,3 45,9 93,0	43,7 47,5 92,3
II - Deficiências de Nutrição	Paciente Médico	86,3 100,0	85,0 100,0	85,3 100,0	85,3 100,0	85,1 100,0
III- Doenças associadas de Aparelhos e Sistemas	Paciente Médico	45,7 87,9	53,4 73,5	55,5 82,8	40,9 87,4	52,3 81,9
IV - Doenças crônicas e Digestivas	Paciente Médico	53,8 74,2	54,6 79,2	60,2 76,0	46,1 82,7	56,9 77,6
V - Doenças do Sist. Nervoso, Mentais e Emocionais	Paciente Médico	92,8 14,3	97,2 16,7	98,5 14,9	100,0 18,2	98,7 15,4
VI - Doenças herdadas e Tumores benignos	Paciente Médico	12,5 100,0	14,3 100,0	8,3 100,0	33,3 100,0	12,3 100,0
VII- Lesões corporais de Causas Externas	Paciente Médico	24,8 100,0	32,2 99,2	28,8 98,9	28,6 100,0	28,3 100,0

* Excluem-se: Hanseníase e Infecções Respiratórias Agudas.
(Dados calculados com base nas Tabelas LVIII e LXI. Apêndice 4).

Nas condições de morbidade de incidência (Tabelas 80 e 81), a contribuição do paciente é mais importante que a do médico, com exceção do grupo dos traumatismos, onde as duas contribuições são igualmente importantes para o diagnóstico.

Analisando sob esta perspectiva, as diferentes condições diagnosticadas, encontramos várias tendências que podemos reunir em quatro grupos:

- 1) O laboratório foi o fator que mais contribuiu para o diagnóstico, exercendo portanto, influência maior do que a do paciente ou do médico;
- 2) O médico contribuiu para o diagnóstico mais fortemente do que o paciente ou o laboratório;
- 3) O paciente contribuiu para o diagnóstico em proporção maior do que as do médico ou do laboratório;
- 4) O médico e o paciente contribuíram igualmente para o diagnóstico sendo a influência de qualquer dos dois maior do que a do laboratório.

Tais elementos foram obtidos a partir dos dados que figuram nas Tabelas LIII a LXI, do Apêndice 4, conforme a seguinte análise:

Denominemos P a influência do paciente no diagnóstico, M a do médico e L a do laboratório: Segue-se que:

- a) Se $L \geq M$ e $L \geq P$ o diagnóstico baseou-se nos resultados do laboratório;
- b) Se $M > P$ e $M > L$ o diagnóstico baseou-se principalmente no exame físico do paciente pelo médico;
- c) Se $M < P$ e $L < P$ o diagnóstico proveio sobretudo da sintomatologia referida pelo paciente durante a anamnese;
- d) Se $M = P > L$ o diagnóstico foi o resultado dos dados referidos pelo paciente e dos obtidos no exame físico.

Os casos correspondentes a a, em que as opiniões do médico e do paciente praticamente não influíram no diagnóstico ($M \approx P \approx 0$, vide Gráficos de 10 a 18), bem como as do Item d,

TABELA 80 - Participação proporcional do paciente e do médico, no diagnóstico das condições de morbidade de incidência, agrupadas, segundo a similitude. Relação com a variável idade.

IDADE EM ANOS		4 ou menos	5 - 14	15 - 44	45 ou mais	Gerai
DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS. PERCEPÇÃO						
I - Doenças Infecciosas	Paciente	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Médico	92,8	78,6	80,9	75,0	82,7
II - Doenças não Infecciosas	Paciente	-	-	100,0	-	100,0
	Médico	-	-	50,0	-	50,0
III- Traumatismos	Paciente	-	-	100,0	100,0	100,0
	Médico	-	-	100,0	100,0	100,0

TABELA 81 - Participação proporcional do paciente e do médico, no diagnóstico das condições de morbilidade de incidência, agrupadas, segundo a similitude. Relação com as variáveis sexo e cor.

DIAGNÓSTICOS AGrupADOS. PERCEPÇÃO	SEXO E COR		Masculino	Feminino	Branca	Não Branca	Geral
	Paciente	Médico					
I - Doenças Infecciosas			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			87,9	78,9	80,9	80,0	82,7
II - Doenças não Infecciosas			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			50,0	25,0	50,0	-	50,0
III- Traumatismos			100,0	-	100,0	100,0	100,0
			100,0	-	100,0	100,0	100,0

em que quer a história sintomatológica, quer o exame físico concordam na formação do diagnóstico, já nos parecem suficientemente localizados.

Examinemos mais detalhadamente o que ocorre nas casas b e c, nas quais tenta-se obter uma função que mostre como $M - L$ varia com o variar de $M - P$. Obtivemos assim, um polinômio de grau 2 (DRAPER, 1966), crescente no intervalo:

$$- 100\% < M - P < 100\%,$$

com derivada ≈ 1 para $M - P = - 100\%$, ponto onde a função vale ≈ 0 . Tal polinômio tende para $\approx 100\%$ quando $M - P$ tende para $\approx 100\%$ e este ponto é praticamente o vértice da parábola, portanto, é aí que a derivada se anula o que significa que a função mantém-se próxima de 100% para $M - P$ próximo de 100% . Isto indica que o médico forma uma opinião clínica baseada no simples exame físico, praticamente prescindindo das informações do paciente e dos exames de laboratório.

É de se notar que em todos os casos (Gráficos de 10 a 18), mesmo quando se agrupam pacientes por grupo etário, se xe ou cor obtém-se, praticamente em todos os casos a mesma parábola de equação aproximada:

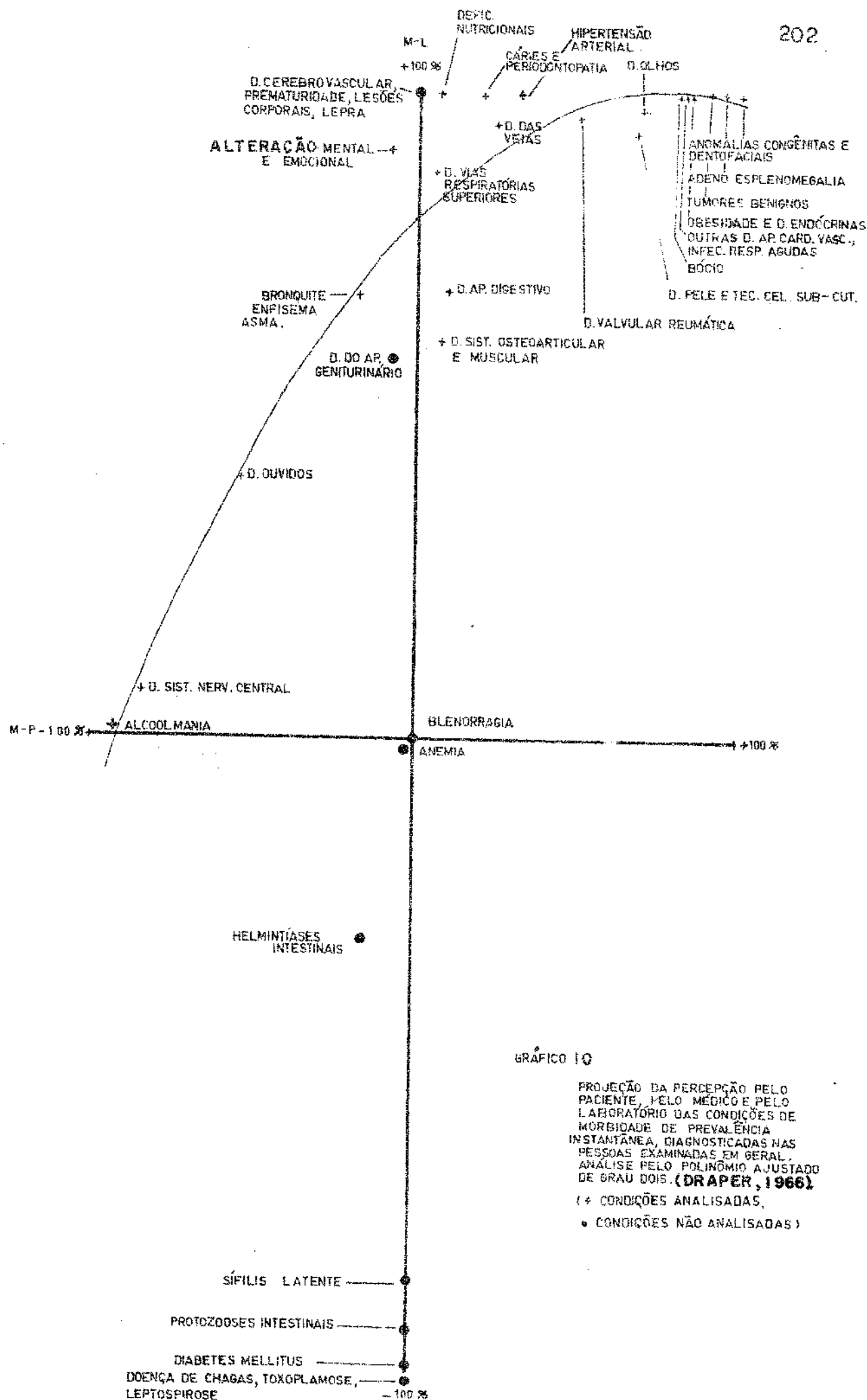
$$M - L = - \frac{1}{400} [(M - P) - 100]^2 + 100$$

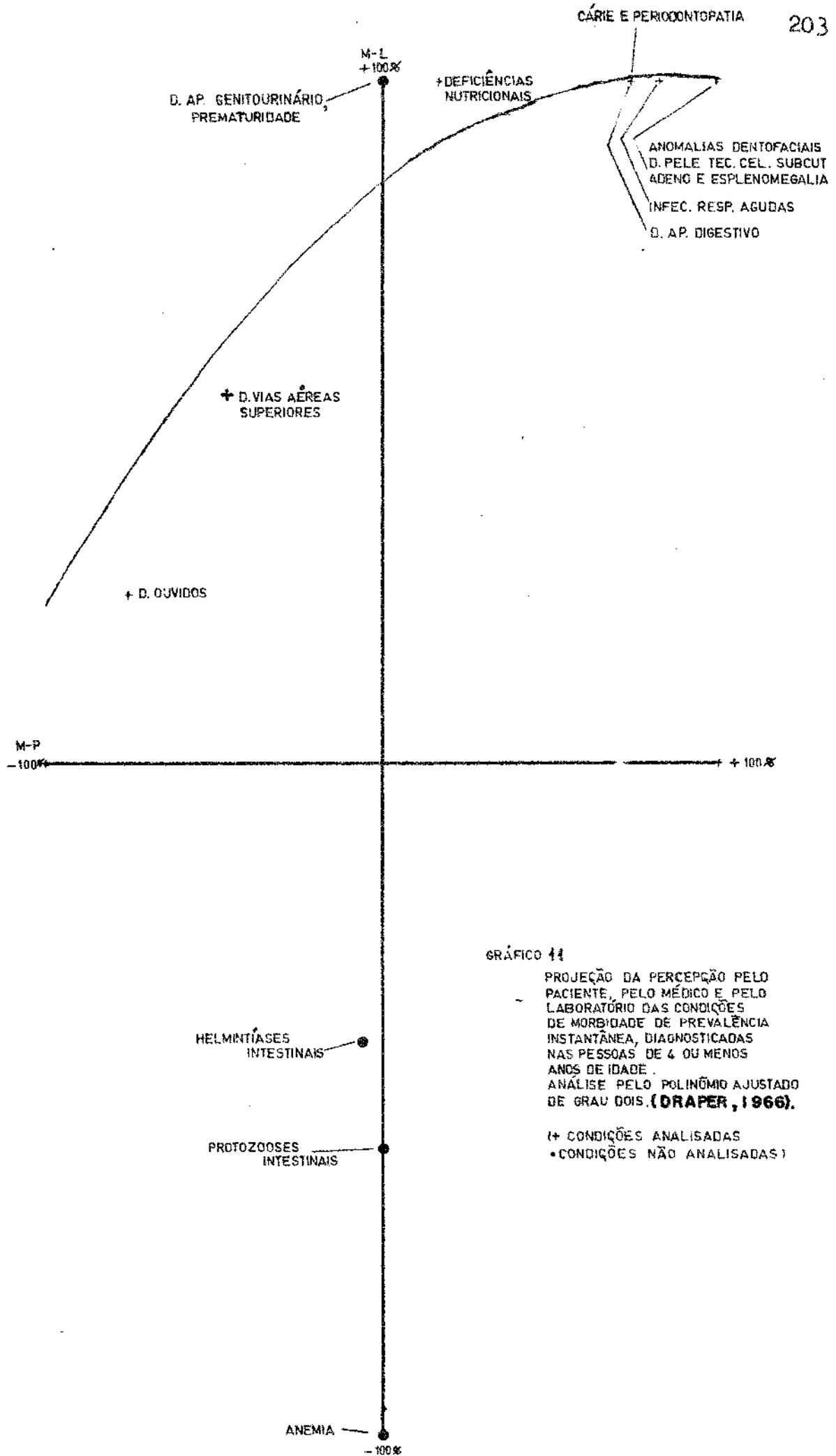
cuja derivada é:

$$M - L = - \frac{1}{200} [(M - P) - 100]$$

Em outras palavras: baseados na análise anterior, apresentamos nos Gráficos de 10 a 18, duas perspectivas das condições de morbilidade diagnosticadas. Em primeiro lugar a abcissa (linha $M - P$), delimita as condições de morbilidade com tendência subclínica ou francamente infraliminares do "horizonte clínico", das condições com franca manifestação clínica; estas últimas estão representadas por pontos localizados acima da abcissa, as subclínicas por pontos localizados abaixo da mesma.

A ordenada (linha $M - L$) delimita por sua vez as condições clínicas sintomáticas percebidas pelo paciente, das





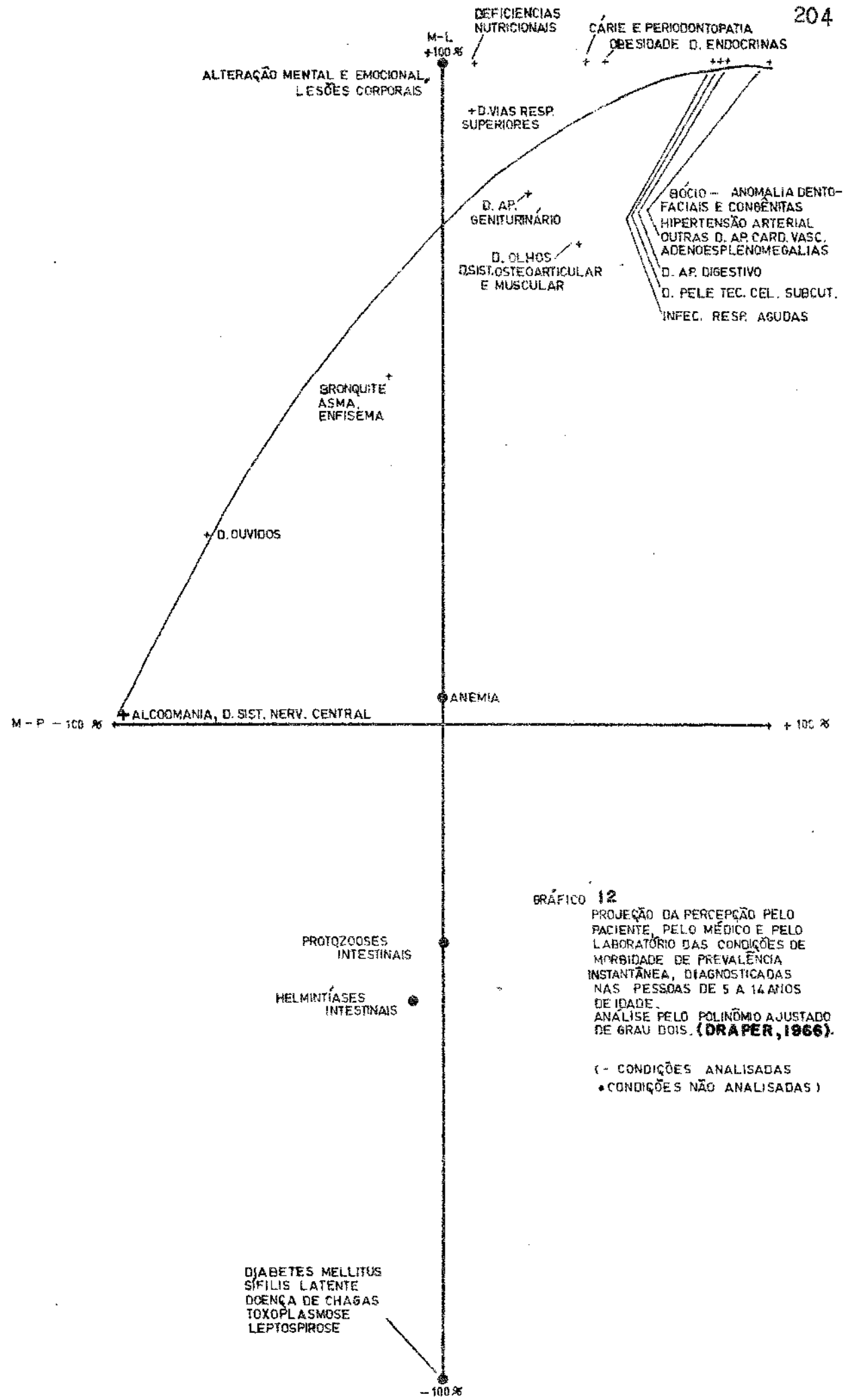


GRÁFICO 12
PROJEÇÃO DA PERCEPÇÃO PELO
PACIENTE, PELO MÉDICO E PELO
LABORATÓRIO DAS CONDIÇÕES DE
MORBIDADE DE PREVALÊNCIA
INSTANTÂNEA, DIAGNOSTICADAS
NAS PESSOAS DE 5 A 14 ANOS
DE IDADE.
ANÁLISE PELO POLINÔMIO AJUSTADO
DE GRAU DOIS. (DRAPER, 1966).

(- CONDIÇÕES ANALISADAS
• CONDIÇÕES NÃO ANALISADAS)

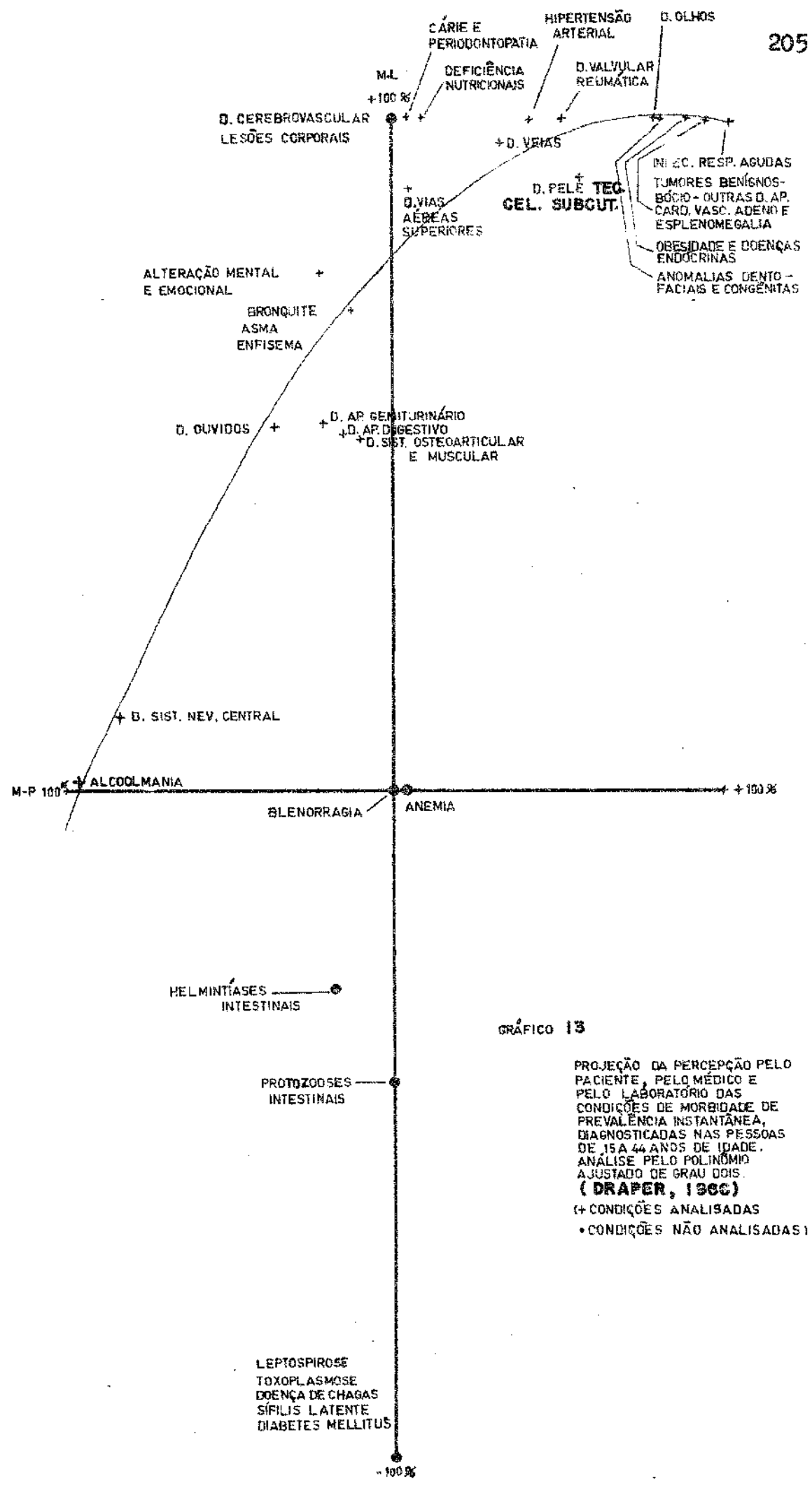


GRÁFICO 13

PROJEÇÃO DA PERCEPÇÃO PELO
PACIENTE, PELO MÉDICO E
PELO LABORATÓRIO DAS
CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE
PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA,
DIAGNOSTICADAS NAS PESSOAS
DE 15 A 44 ANOS DE IDADE.
ANÁLISE PELO POLINÔMIO
AJUSTADO DE GRAU DOIS.
(DRAPER, 1966)
(+ CONDIÇÕES ANALISADAS
• CONDIÇÕES NÃO ANALISADAS)

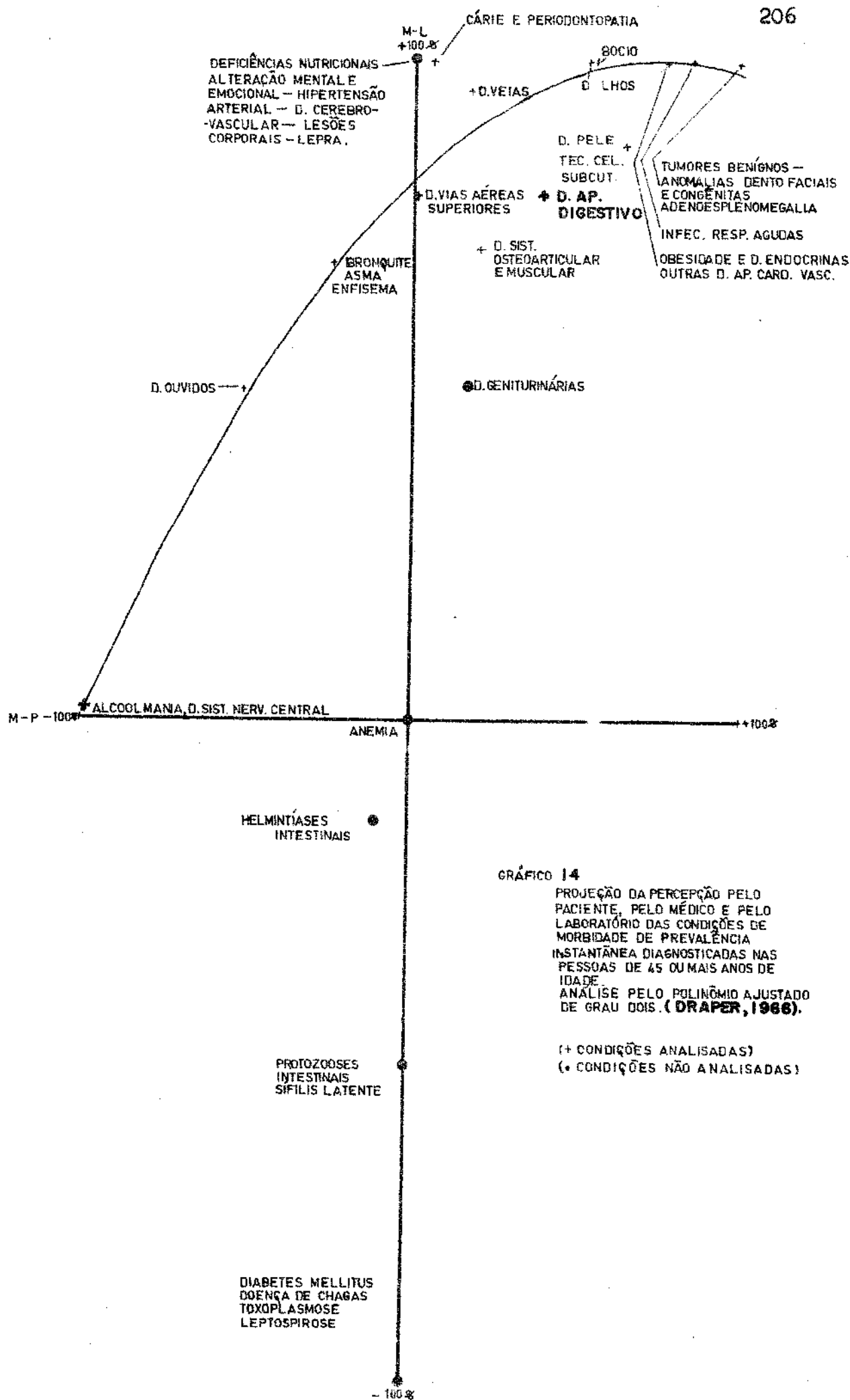
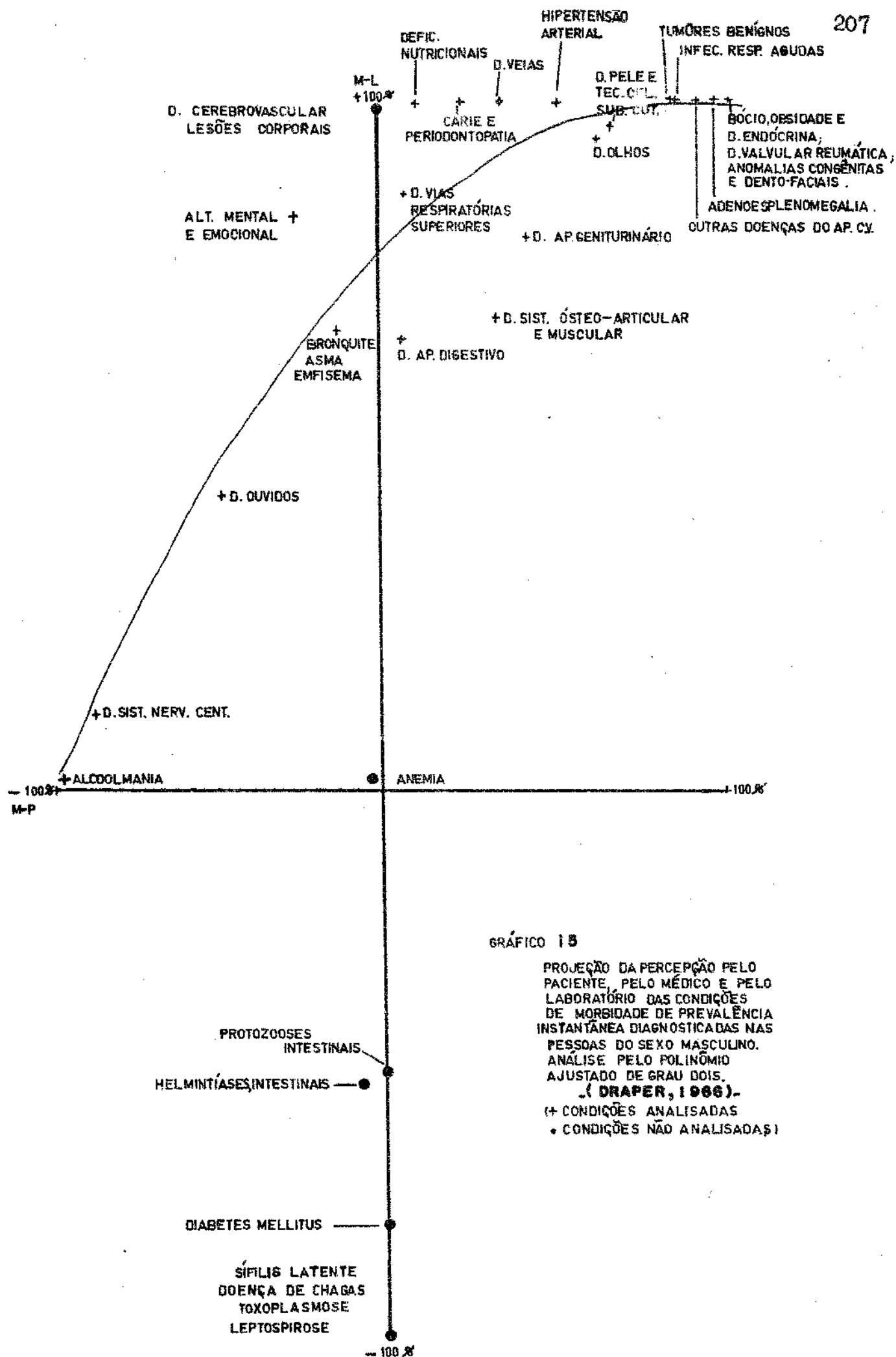


GRÁFICO 14

PROJEÇÃO DA PERCEPÇÃO PELO
PACIENTE, PELO MÉDICO E PELO
LABORATÓRIO DAS CONDIÇÕES DE
MORBIDADE DE PREVALÊNCIA
INSTANTÂNEA DIAGNOSTICADAS NAS
PESSOAS DE 45 OU MAIS ANOS DE
IDADE.
ANÁLISE PELO POLINÔMIO AJUSTADO
DE GRAU DOIS. (DRAPER, 1966).

(+ CONDIÇÕES ANALISADAS)
(• CONDIÇÕES NÃO ANALISADAS)



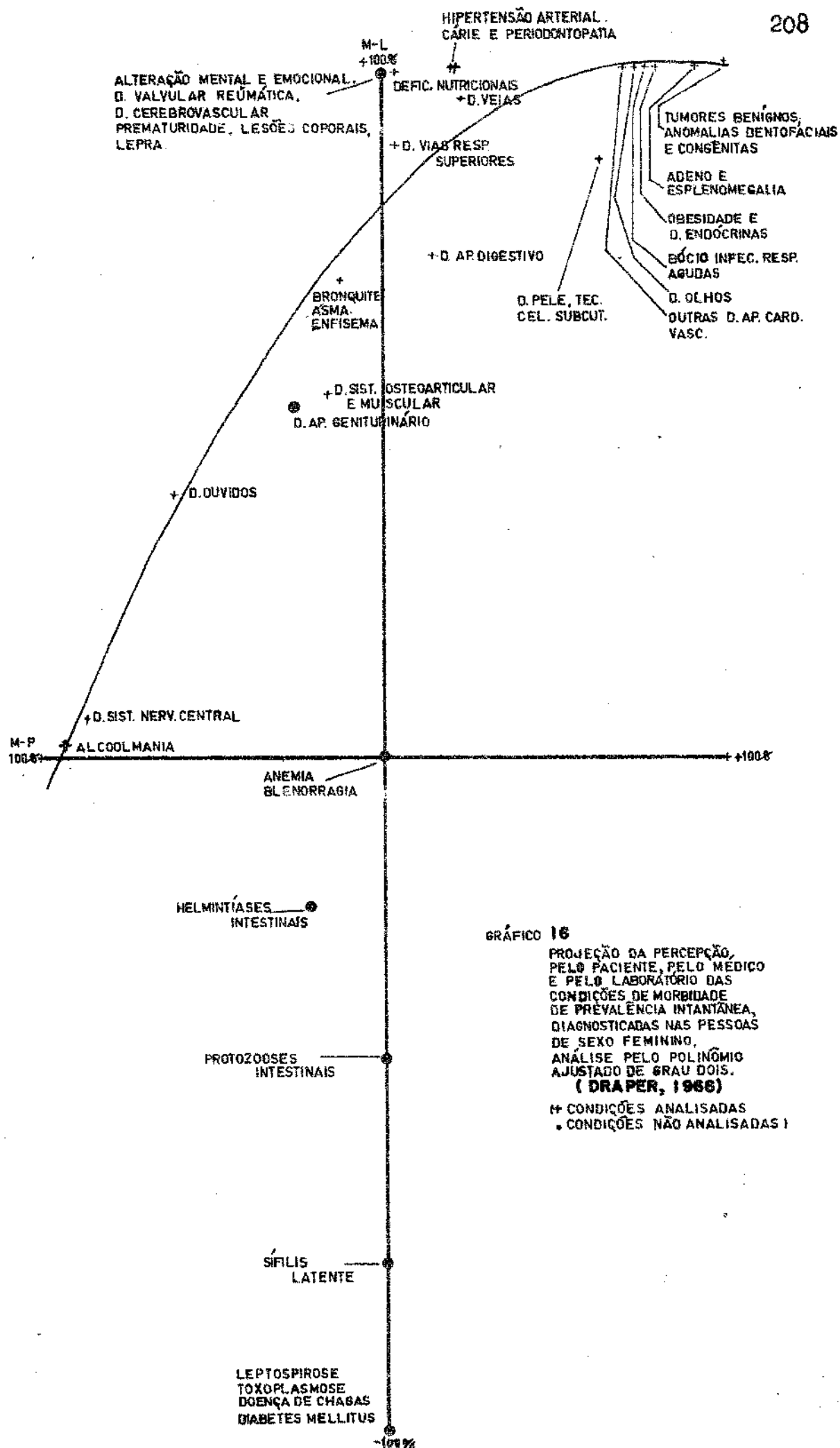
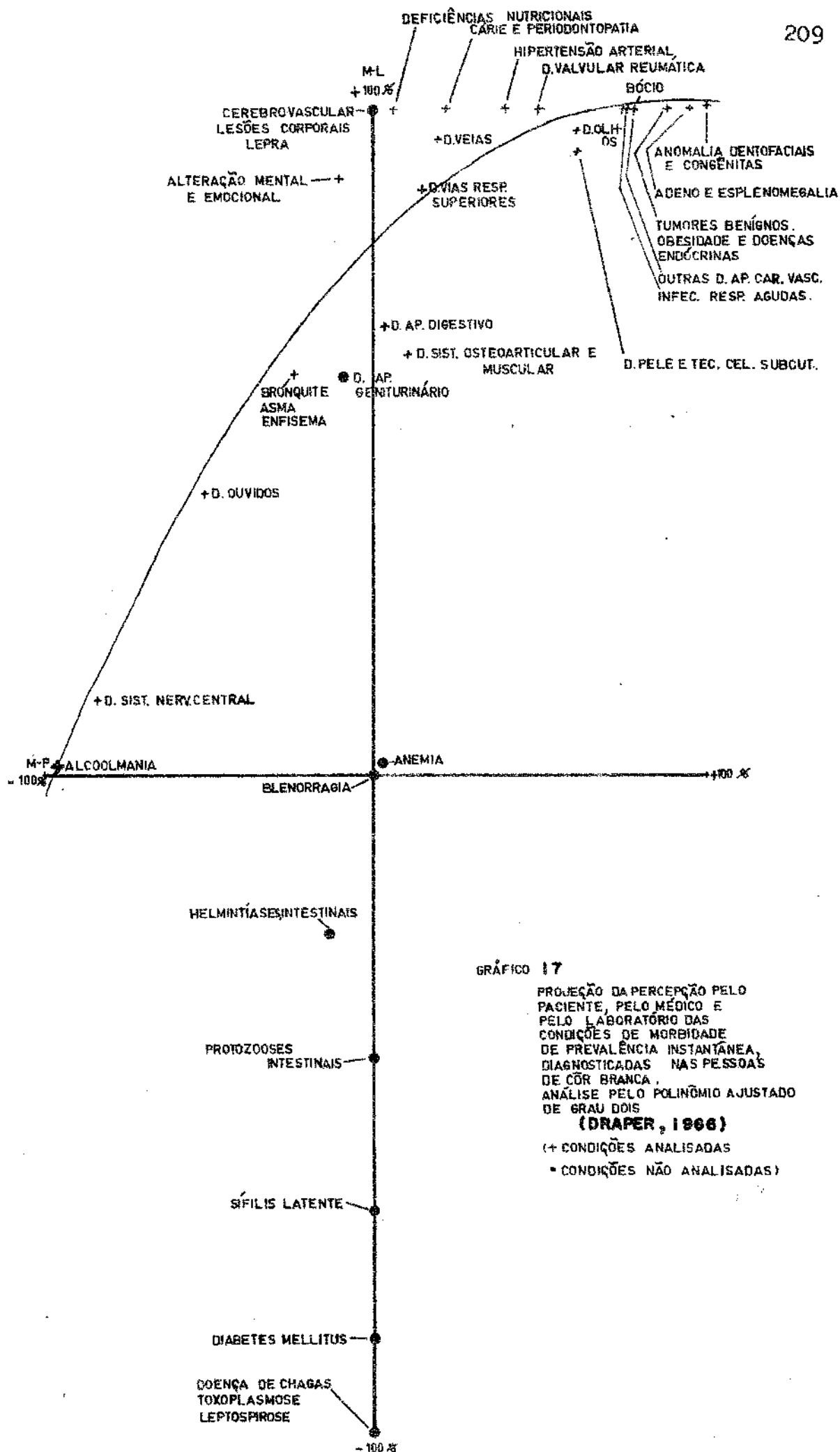


GRÁFICO 16

PROJEÇÃO DA PERCEPÇÃO, PELO PACIENTE, PELO MÉDICO E PELO LABORATÓRIO DAS CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA, DIAGNOSTICADAS NAS PESSOAS DE SEXO FEMININO, ANÁLISE PELO POLINÔMIO AJUSTADO DE GRAU DOIS.

(DRAPER, 1966)

+ CONDIÇÕES ANALISADAS
• CONDIÇÕES NÃO ANALISADAS



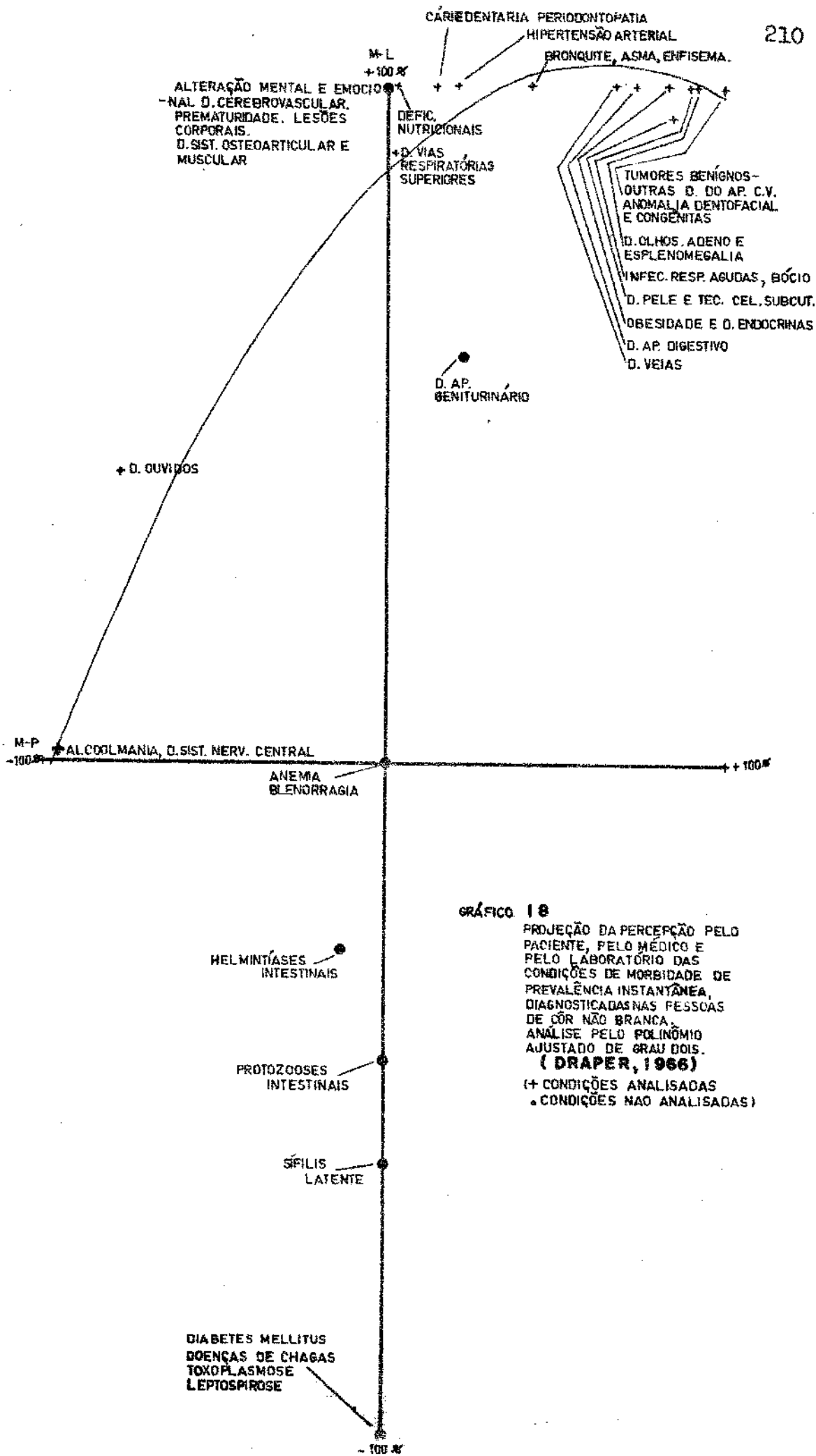


GRÁFICO 18
PROJEÇÃO DA PERCEPÇÃO PELO
PACIENTE, PELO MÉDICO E
PELO LABORATÓRIO DAS
CONDIÇÕES DE MORBIDADE DE
PREVALÊNCIA INSTANTÂNEA,
DIAGNOSTICADAS NAS PESSOAS
DE COR NÃO BRANCA,
ANÁLISE PELO POLINÔMIO
AJUSTADO DE GRAU DOIS.
(DRAPER, 1966)
(+ CONDIÇÕES ANALISADAS
• CONDIÇÕES NÃO ANALISADAS)

signológicas observadas pelo médico; as primeiras estão assinaladas por pontos localizados à esquerda da ordenada, as segundas localizam-se à direita da mesma.

Observamos que na linha M - L, os pontos que se aproximam do nível - 100% representam condições que podem ser consideradas francamente assintomáticas, entretanto, a medida que se afastam do nível - 100% progressivamente vão perdendo esta característica para serem expressão de condições sintomáticas, até representar condições francamente patogênicas, no nível + 100%.

Com respeito à linha M - P, os pontos localizados ou que se aproximam do nível - 100%, correspondem às condições, nas quais o diagnóstico depende da informação subjetiva do paciente. A medida que se afastam deste nível, progressivamente perdem as características subjetivas para serem expressão de condições diagnosticadas com base na observação física do médico, até alcançarem sua máxima expressão no nível + 100%.

A curva parabólica calculada matematicamente, nos confirma a interpretação contida nos parágrafos anteriores. Os pontos localizados à esquerda e no nível mais inferior da curva correspondem a condições diagnosticadas, com base na informação basicamente subjetiva do paciente. A medida que a curva ascende, os pontos que a acompanham representam condições que perdem subjetividade para adquirirem objetividade no diagnóstico, até alcançar ponto que depende quase em absoluto da observação objetiva do médico.

Catalogando as condições de acordo aos quatro grupos previstos, observamos nos Gráficos de 10 a 18, que no seu quadrante superior esquerdo acham-se as condições pertencentes ao Grupo 1, no quadrante superior e direito, as condições contidas no Grupo 2. Na linha M - L no sentido do nível - 100% acha-se o Grupo 3; no extremo contrário desta linha no nível + 100% localizam-se as condições pertencentes ao Grupo 4.

Necessário se faz esclarecer que as condições correspondentes aos Grupos 1 e 2 que foram submetidas à análise pelo binômio ajustado de grau 2, figuram nos Gráficos de 10 a 18

assinalados com uma cruzinha (+). As demais condições correspondentes aos Grupos 3 e 4 figuram nos mesmos gráficos assinalados com um pequeno círculo cheio.

De acordo com a localização das condições de morbidade nos Gráficos 10 a 18, tentamos uma sistematização das mesmas, segundo a sua tendência patogênica, com a finalidade de estabelecer gradientes de um espectro.

Antes, porém, de descrever esta sistematização, achamos necessário expor a nossa interpretação com respeito ao termo patogenicidade. Neste trabalho, adotamos a aceção que a define como "a capacidade do agente etiológico de provocar sintomas em maior ou menor proporção nos hospedeiros..." (SCHMID, 1956); ou como "o estudo da sucessão de sintomas que provoca de terminada doença" (FORTES & PACHECO, 1968). Não aceitamos a aceção (MAGALHÃES *et alii*, 1964) que conceitua patogenicidade como a capacidade dos agentes causais "para produzir doenças".

Entendemos por sintomas (PADILLA, 1942; PUIGDOLLERS, 1970), tanto as manifestações subjetivas, como objetivas da doença. Universalmente denominam-se sintomas propriamente às primeiras e sinais às segundas.

Cabe perguntar agora, se a percepção subjetiva de doença expressa maior grau de patogenicidade que a percepção objetiva ou vice-versa. Procurando informar-nos sobre o particular, não conseguimos resposta para tal interrogação. Entretanto, pela lógica, podemos argumentar que tanto os sintomas quanto os sinais, expressam sem distinção, manifestação de padecimento orgânico ou funcional em grau diverso de intensidade.

Raciocinando em função do conceito de "horizonte clínico" e considerando os dados expostos sobre a percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório, estamos em condições de agrupar as condições diagnosticadas, segundo sua localização nas áreas sistematizadas do Gráfico 19 e assim obter os seguintes gradientes de patogenicidade das mesmas:

Gradiente 1, que denominamos de patogenicidade máxima, cujas condições se agrupam no ponto + 100% da linha

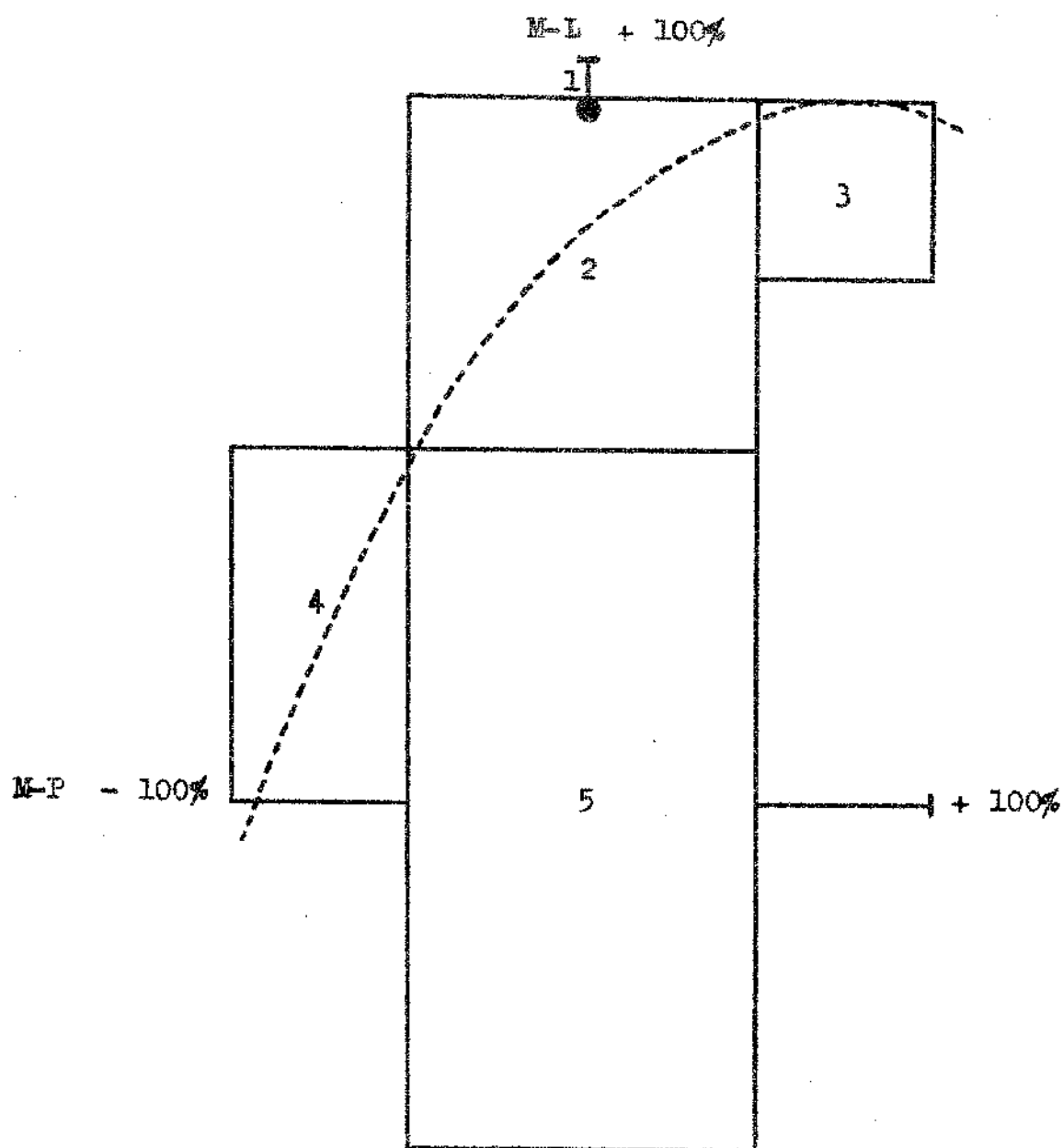


GRÁFICO 19

Áreas que expressam graus de patogenicidade das condições de morbilidade de prevalência instantânea, segundo a percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório representados nos Gráficos de 10 a 18.

6
7
- 100%

- 1 - Patogenicidade Máxima.
- 2, 3, 4 - Alta patogenicidade.
- 5 - Média patogenicidade.
- 6 - Baixa patogenicidade.
- 7 - Apatogenicidade.

M - L. As condições correspondentes apresentam tal evidência clínica, que em igual e elevada proporção, foram percebidas pe le paciente e pelo médico.

Ao redor do gradiente anterior, localizado numa área que ocupa o espaço de ambos os lados da linha M - L, entre os pontos + 50% e + 99%, encontramos o Gradiente 2. As condições localizadas nesta área, representam simultaneamente alto teor de sintomas e de sinais, predominando ora uns, ora outros, daí sua localização na vizinhança do ponto e linha referidos.

Nas extremidades da curva parabólica, é possível delimitar dois grupos de condições. Na parte alta e à direita, encontramos as condições com franca manifestação objetiva; à esquerda, observamos as condições de franca manifestação subjetiva. Estes compõem os Gradientes 3 e 4 respectivamente.

Denominamos os gradientes 2, 3 e 4 de alta patogenicidade. Não nos atrevemos a dizer que esta ordem seja a cor reta, pois pensamos que os gradientes 3 e 4 possam trocar suas posições nesta ordem.

Ao redor do ponto zero (0%), em área que ocupa um amplo espaço, entre + 50% e - 50% das linhas M - L e M - P, delimitamos o Gradiente 5, correspondente ao agrupamento das condições de mediana patogenicidade, pois que o laboratório con tribuiu para o diagnóstico de algumas delas.

No trajeto - 50% a - 99% da linha M - L, encontramos as condições correspondentes ao Gradiente 6, denominado de baixa patogenicidade, representado por condições que na sua maioria foram diagnosticadas através do laboratório.

Por último, delimitamos o Gradiente 7, denominado apatogênico, localizado no ponto - 100% da linha M - L e cons tituído pelas condições que em sua totalidade foram diag nosticada das somente pelo laboratório.

Os gradientes 1 a 7, compõem uma escala que nos permite estudar a patogenicidade, importante aspecto da morbida de e que em forma objetiva sintetizamos na Tabela 82. Nesta ob-

servamos que a distribuição das condições diagnosticadas é relativamente uniforme em todos os gradientes, em relação à população geral e às variáveis idade, sexo e cor.

No Gradiente 1, a doença cerebrovascular e as lesões corporais têm distribuição uniforme. As restantes condições têm a tendência a se integrar no Gradiente 2.

Com exceção da hipertensão arterial, das doenças do aparelho digestivo, dos olhos e dos ouvidos, que por sua vez se localizam também nos gradientes 3 e 4, as restantes condições do Gradiente 2, distribuem-se uniformemente.

No Gradiente 3, as condições que fazem exceção, são as mesmas do gradiente anterior.

Nos Gradientes 4 e 5, apresentam respectivamente distribuição não uniforme, as doenças dos ouvidos e as protozooses intestinais.

O Gradiente 6, está formado por um grupo de condições que se distribui irregularmente e que tem a tendência para se integrarem nos gradientes 5 e 7.

Contrariamente ao anterior, o Gradiente 7, está uniformemente constituído.

No Gráfico 20, projetamos os pontos correspondentes às condições de morbilidade de incidência diagnosticadas na população geral de examinados. Nestas condições de morbilidade não foram constatados casos subclínicos e então, a projeção das condições é feita acima da linha das abcissas observando-se que entre elas existe um predomínio dos diagnósticos com base na simultânea informação subjetiva do paciente e objetiva do médico.

Supomos que este gráfico seja suficiente para representar o que acontece com a distribuição das condições de morbilidade de incidência, quaisquer que sejam as variáveis de idade, sexo e cor que por sua vez, não se diferenciam da distribuição geral, nem entre si. Por tal motivo nos abstermos de apresentar os gráficos correspondentes.

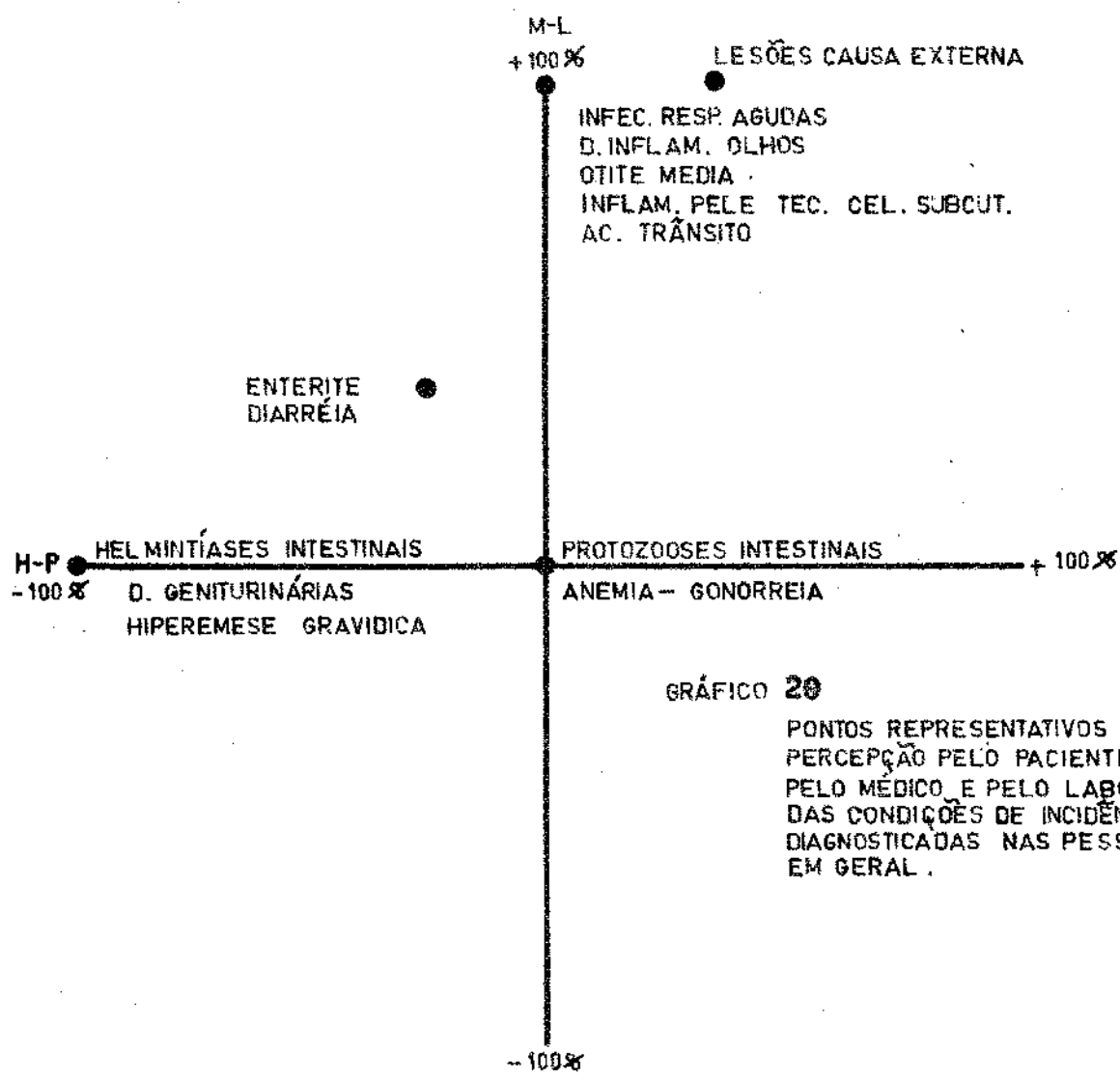


GRÁFICO 20

PONTOS REPRESENTATIVOS DA
PERCEPÇÃO PELO PACIENTE,
PELO MÉDICO, E PELO LABORATÓRIO
DAS CONDIÇÕES DE INCIDÊNCIA,
DIAGNOSTICADAS NAS PESSOAS
EM GERAL.

C A P Í T U L O V

INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Está implícito no título deste trabalho que seu propósito é determinar um diagnóstico de saúde e discutir alguns aspectos metodológicos e técnicos concernentes.

A - ASPECTOS METODOLÓGICOS

Sendo este inquérito um estudo experimental de métodos e técnicas, nos preocupamos sobremaneira com a conceituação e com os procedimentos, que ao nosso ver, são as bases fundamentais para a elaboração de um diagnóstico. Por este motivo, achamos que a interpretação e a discussão dos resultados deste inquérito devam envolver considerações referentes aos aspectos metodológicos.

a. Sobre os conceitos de saúde e de doença.

Os critérios de conceituação sobre saúde e doença têm evoluído através da história. Na atualidade, o conceito ecológico é aquele que está mais perto de satisfazer, não somente o aspecto pragmático, como também o nível teórico da questão.

No presente estudo, aceitamos que a saúde e a doença são as resultantes do equilíbrio ou do desequilíbrio homeostático; estes por sua vez, são a consequência da harmonia ou da desarmonia do ambiente exterior.

Os instrumentos, através dos quais elaboramos este trabalho, não nos permitiram determinar mais do que situações resultantes do desequilíbrio interno e externo. Desta maneira, para conseguirmos nosso objetivo de diagnosticar estado de saúde, não tivemos outra alternativa, senão a de aceitar a maneira tradicional, pragmática e indireta de avaliá-la; através da comprovação da doença excluímos o estado de saúde e vice-versa, cogitamos desta, quando não foi possível comprovar aquela. Este raciocínio, aplicável ao nível individual, também o é ao nível ambiental.

b. Sobre o conceito de morbilidade.

No presente trabalho adotamos como critério de morbilidade, a percepção das manifestações da doença, pelo paciente ou por terceiras pessoas, pelo médico, pelo laboratório ou pelo conjunto destes. Esta maneira de enfocar a questão, nada mais é, do que a determinação do grau de patogenicidade de cada uma das condições de morbilidade diagnosticadas. Assim sendo, o conceito de patogenicidade se constitui no aspecto mais elementar e ao mesmo tempo, num dos mais importantes, de um inquérito de morbilidade realizado através da avaliação clínica.

Podemos pressupor a complexidade que existe, quando pretendemos definir o estado de saúde a partir do conceito de patogenicidade, se consideramos a enorme variabilidade que apresentam as manifestações da doença. Isto é o que tratamos de objetivar, através dos dados que comentamos nos seguintes parágrafos.

Observando as tabelas 70 a 72, vemos que a maioria das pessoas examinadas, durante a anamnese informou gozar de saúde satisfatória; igual impressão teve o médico ao iniciar o exame físico geral das mesmas. Entretanto, uma vez completado o exame clínico (Tabela 48), foi constatado que, das pessoas por ele examinadas, 100% padecia, pelo menos, de uma condição de morbilidade e em média, foram diagnosticadas 9,6 condições por pessoa. Este fato nos permite deduzir que o estado de saúde deste grupo de pessoas, sob o ponto de vista indireto, não é satisfatório.

À primeira vista, poderiam parecer incongruentes estes resultados; entretanto, mesmo que as formas de avaliação tenham se baseado em valores diferentes, não há entre eles contradição. Por um lado está o conceito do paciente; por outro, o da ciência médica, ambos com bagagens de conhecimentos e experiências próprias com respeito à saúde.

Apesar da padronização de técnicas, o conceito de saúde que o médico teve no começo do exame físico foi diferente daquele, ao completar o exame clínico, incluindo exames

de laboratório; o critério ou critérios preestabelecidos para tal avaliação, tiveram um rigor e uma profundidade diferentes.

Os dados acima comentados, os achamos válidos apesar da sua relatividade. Para explicá-los, supomos que os casos diagnosticados não são graves e mesmo que o fossem, uma considerável proporção de condições que correspondem a tais diagnósticos, apresenta escassa ou nenhuma expressão patogênica.

A suposição de que os casos estão isentos de gravidade é de fácil comprovação, se observamos (Tabela 72) que apenas 2,6% dos examinados foram considerados incapacitados; destes uma mínima proporção o estava em forma permanente e criticamente doentes.

A segunda suposição é também possível comprová-la, se consideramos que quase uma terça parte das condições diagnosticadas apresentou discreta ou nenhuma patogenicidade, enquanto que a metade não teria sido evidenciada, não fosse a utilização do exame físico pois, os pacientes não referiram sintomas sobre tais padecimentos. Estas constatações podemos observá-las na Tabela 82.

Os fatos até aqui comentados caracterizam as condições de morbididade de prevalência, as quais apresentam uma tendência diferente das condições de morbididade de incidência (Tabelas 76, 77 e 81); nestas últimas, a constatação da doença se faz pela sua franca manifestação patogênica, especialmente, a partir dos dados fornecidos pelo paciente, inclusive nas condições em que o laboratório foi utilizado como complemento do diagnóstico.

HILLEBOE & LARIMORE (1962) afirmam que, em pessoas supostamente sadias, a contribuição dos sintomas (paciente), dos sinais (médico) e do laboratório, para a elaboração de diagnóstico clínico correspondem, proporcional e respectivamente, a 10%, 60% e 30%. Os autores não explicam como chegaram a tais conclusões; seus resultados não estão de acordo com a lógica do conceito do "horizonte clínico". Talvez se os casos, em

que o diagnóstico esteve em função do laboratório tivessem sido analisados separadamente daqueles em que este não foi utilizado, muito provavelmente, teriam chegado a resultados diferentes.

Na nossa casuística, naquelas condições de morbidade de prevalência em que o laboratório foi utilizado como complemento, ele contribuiu para o diagnóstico, em proporção semelhante ao da clínica (Tabelas 73, 77 a 79); porém, quando comparado separadamente dos sintomas e dos sinais (Tabelas 74, 78 e 79), sua contribuição é notoriamente superior. Encontramos ainda, que a contribuição dos sintomas foi mais relevante que a dos sinais, embora em forma discreta. Nas doenças em que o laboratório não foi utilizado como complemento de diagnóstico (Tabelas 75, 78 e 79), a contribuição proporcional dos sinais foi muito superior à dos sintomas.

Na morbidade de incidência, mesmo naquelas condições em que o laboratório foi utilizado (Tabelas 76, 80 e 81), a contribuição dos sintomas foi mais evidente que a dos sinais.

Sob este ângulo da patogenicidade, necessário se faz tecer alguns comentários em relação aos nossos resultados:

O fato dos menores de 14 anos referirem sensação de saúde satisfatória, em maior proporção que os adultos jovens e velhos (Tabelas 70 e 71) e estes, ao contrário, referirem sensação de saúde deficiente ou má em maior proporção que aqueles, pode ser explicado como devido à incorreta informação de terceiras pessoas em relação aos menores de idade ou, ao maior risco de exposição às doenças, por parte dos adultos.

Não é fácil explicar as anteriores suposições, já que, observando a Tabela 73, constatamos que os diagnósticos subclínicos dados pelo laboratório e os casos clínicos por este comprovados, são mais frequentes entre os menores de 15 anos; o mesmo não acontece em relação aos diagnósticos obtidos através da clínica. A Tabela 74, mostra-nos que o paciente, o médico e o laboratório, contribuem, de forma muito semelhante, para os diagnósticos em todos os grupos etários.

Entre as condições de morbidade de prevalência

diagnosticadas (Tabelas 73 a 75), é possível constatar um maior gradiente de patogenicidade entre mulheres, ainda que, em algumas destas, o laboratório tivesse sido utilizado mais frequentemente. Este fato não é comprovado nas condições de morbidade de incidência (Tabela 76).

Quanto à variável cor, somente se constata diferença com relação ao gradiente de patogenicidade, entre as pessoas não brancas, nas quais predomina a contribuição dada pelo paciente (Tabelas 73, 74 e 76). Para este fato, assim como para o comentado no parágrafo anterior, não encontramos explicação satisfatória.

Nos Gráficos 10 a 19 constatamos, que em geral, as condições de morbidade de prevalência seguem determinado padrão de expressão patogênica, embora observamos que algumas destas condições não acompanham este padrão. Tal acontece com a hipertensão arterial que, exceção feita aos casos correspondentes às pessoas maiores de 45 anos, localizados no gradiente 1 (Tabela 82), os demais apresentam tendência para se colocar à direita da linha M - L, ao longo da parte alta da curva parabólica; isto indica a importância do exame físico no diagnóstico desta condição.

Os casos de doenças dos ouvidos têm tendência para se localizar de preferência, no gradiente 4, significando que são os sintomas, os que predominam no diagnóstico destas condições.

A localização dos casos de blenorragia no gradiente 5, e sua distribuição restrita às mulheres brancas e não brancas, pertencentes ao grupo etário de 15 a 44 anos, se explica pelo fato de os exames ginecológicos e de laboratório terem sido feitos apenas, em mulheres acima de 15 anos.

Os casos de helmintíases intestinais, demonstraram moderado grau de patogenicidade, embora em proporção ligeiramente superior às protozooses. Este fato não requer maior explicação se lembramos que nos casos das helmintíases, as informações dos pacientes relativas à eliminação de vermes pelas fe-

zes, contribuíram para o diagnóstico de alguns casos; o mesmo não foi possível em relação às protozooses, diagnosticadas com base nos dados laboratoriais.

A anemia ferropênica, acusa patogenicidade moderada.

Os casos de diabetes mellitus, sífilis, doença de Chagas, toxoplasmose e leptospirose, por estarem localizados nos gradientes 6 e 7 representam condições que acusam escassa ou nenhuma patogenicidade.

Observamos que nos pontos indicativos de uma maior expressão sinalógica (gradiente 3) encontram-se localizadas as doenças respiratórias agudas; como seria de esperar, estas condições deveriam estar situadas nos gradientes 1 e 2. Este fato se deve à inclusão da hipertrofia das amígdalas e adenóides dentro do grupo das infecções respiratórias agudas cujo diagnóstico é, evidentemente, sinalógico.

É importante esclarecer que os casos diagnosticados de sífilis correspondem, em sua totalidade, ao tipo latente. No grupo de mulheres de cor branca, como é possível observar nos Gráficos 16 e 17, esta condição se localiza no gradiente 6 e não no 7 como os demais casos. Esta situação, devida à codificação feita tomando como sintomático este caso, baseou-se no fato de a paciente referir antecedentes à infecção. Junto com o caso da hipertrofia das amígdalas e adenóides houve da nossa parte, uma falha não intencional na codificação destas condições; este fato, casualmente, nos permitiu comprovar a sensibilidade do método quantitativo apresentado.

Explicamos a localização do caso de hanseníase no gradiente 1, por se tratar de uma forma L, naquele momento em controle no dispensário dermatológico local.

Pelos comentários até aqui feitos, deduzimos as muitas falhas que podem ser assinaladas no tipo de abordagem dada ao fator patogenicidade; entretanto, a nossa expectativa com respeito à sua possível quantificação e objetivação gráfica, em forma de gradientes, nos permite antever algumas aplicações im-

portantes na prática da medicina e da saúde pública. Destas podemos salientar as seguintes:

1. Compreensão dos recursos utilizados pela semiótica, inclusive da propedêutica armada. Em forma objetiva poderemos comparar o alcance de cada um deles no diagnóstico das diferentes condições.

2. Quantificação das condições de morbidade que apresentam limiar subclínico que, na nossa casuística, foram encontradas em número significativo. Isto corrobora de certa maneira, as in formações de ANDERSON (1965) de que, metade dos sintomas descritos nos livros não estão presentes nas afecções graves; muitos faltam nas afecções leves ou estão ausentes, em boa proporção, nos casos existentes.

Este conceito, na nossa maneira de entender, deverá se constituir num conhecimento básico no ensino da semiologia, o que geralmente não o tem sido, devido à dificuldade de objetivação dos fatos. Entretanto, baseados na quantificação do gradiente sintomático proposto neste estudo e na possibilidade de sua expressão gráfica, poderemos de agora em diante, melhor utilizá-lo.

O acima exposto representa um subsídio muito importante para demonstrar a utilidade da clínica na prevenção secundária, especialmente, ao nível 3 (LEAVEL & CLARK, 1965).

3. Confeção de formulários e questionários para pesquisa de morbidade.

4. Comprovação da especificidade e sensibilidade de exames complementares.

5. Contribuição para o conhecimento da demanda e da necessidade de atenção médica.

Baseados em resultados deste inquérito podemos exemplificar algumas das aplicações antes mencionadas. Observando a Tabela 82 vemos que:

Os gradientes 1, 2 e 3, demonstram a importância do exame físico;

Os gradientes 5, 6 e 7 evidenciam a importância do laboratório;

Os gradientes 1, 2 e 4 sugerem condições de morbidade que pressupõem demanda de atenção médica;

Os gradientes 3, 5, 6 e 7 sugerem necessidade não sentida.

c. Sobre as unidades de morbidade.

Neste inquérito adotamos como unidade básica de morbidade a taxa de casos. Fazemos também referência às unidades de doença (condição de morbidade e morbidade proporcional de doenças), à patogenicidade e à gravidade, tanto de prevalência quanto de incidência.

Observamos que, entre os valores das taxas de casos e os de morbidade proporcional de doenças (Tabelas 56 a 59), não existe equivalência. Na realidade, estas unidades medem aspectos diferentes de um mesmo fenômeno.

Na morbidade de incidência, as taxas de casos e as taxas de doenças são equivalentes (Tabelas 62 e 63), fato que não acontece em geral, na morbidade de prevalência. Sobre este aspecto chamam a atenção SARGELANT (1959) e LELANDROVA (1960).

As discrepâncias antes mencionadas, representam, entre outras, algumas das limitações que existem para a comparação dos resultados de inquéritos de morbidade. Ante esta situação, achamos que, para haver equiparação de resultados, a morbidade deverá ser vista sob diferentes ângulos e expressada sistematicamente, em valores que dêem uma idéia completa da sua dimensão. Como exigência mínima, os resultados dos inquéritos deverão ser expressados em taxas de: casos, doenças, morbidade proporcional e, se possível, de incapacidade.

Como as taxas de morbidade, isoladamente, só permitem dimensionar um aspecto limitado do problema, achamos conveniente encontrar um sistema de medida que, simultaneamente, nos mostre várias facetas do mesmo. No momento atual e de acordo com o nosso conhecimento, a única tentativa neste sentido, é a avaliação do estado de saúde através do conceito de "dano"

(AHUMADA, et alii, 1965). Este conceito até agora, foi utilizado nas estatísticas de mortalidade; pouco, ou nada, se conhece da sua aplicação na morbidade. Sob este último ângulo possivelmente somos nós, quem neste trabalho, o estejamos aplicando pela primeira vez no nosso meio.

O conceito de dano através da transcendência, nos oferece a ponderação da importante variável idade, conforme a problemática específica de saúde local. Desta forma, existe a possibilidade de avaliar a amplitude da morbidade entre as pessoas.

A magnitude nos permite avaliar a morbidade proporcional das doenças, fator que determina a distribuição e importância das mesmas entre si. Por sua vez, a vulnerabilidade, obriga-nos a raciocinar em função da estrutura epidemiológica e numa possível estratégia que permita o controle das diferentes doenças.

As coisas, todavia não são tão simples como foram enunciadas, pois, dependendo da metodologia seguida nos diferentes inquéritos, os dados necessários para a obtenção dos resultados referentes aos fatores mencionados, podem deformar a realidade. Por exemplo: a magnitude poderá estar falseada desde que, uma doença tenha tido maiores oportunidades de ser diagnosticada. Isto poderá ser freqüente na prevalência do parasitismo intestinal, cujas taxas podem ser maiores ou menores em função da sensibilidade das técnicas utilizadas e do número de exames de fezes realizados para cada pessoa.

O mesmo acontece nos diagnósticos feitos através de reações imunológicas, pois cada autor utiliza técnicas, mais ou menos sensíveis e específicas e opta por títulos diferentes para determinar índice de infecção ou de doença.

Quanto à transcendência, não é possível generalizar o valor das ponderações já que, existindo problemas de morbidade de muito relacionados à idade e que mudam de um lugar para outro, talvez fosse importante uma reformulação sobre os valores ponderais atualmente recomendados. Considerando as afirma

ções de DUBLIN & LOTKA apud EPIFANO & ECHEGUE (1944) de que "a vida de um homem não tem preço" e mesmo que, economicamente, queiram lhe dar um valor, fazemos restrição a esta forma de focalizar a saúde.

Com respeito à vulnerabilidade, cabem similares comentários aos já feitos em relação à transcendência. Um valor único de ponderação para todas as doenças transmissíveis não nos parece lógico, pois, mesmo que a estrutura epidemiológica dos diferentes tipos desta categoria de doenças se superponha, sua história natural, especialmente no referente ao período patogênico, oferece aspectos, por vêzes, muito diferentes; é o caso das helmintíases e da doença de Chagas que, para o seu aparecimento dependem, fundamentalmente, da carência de saneamento ambiental, fator que está em razão direta à infraestrutura sócio-econômica da população. Para seu progresso oferecem, em relação à terapia, diferenças fundamentais. Sabemos que a doença de Chagas, no momento atual, não tem possibilidade medicamentosa; entretanto, as helmintíases a têm.

Quanto aos valores de hierarquia determinados pelos fatores implícitos no conceito de dano, não sabemos, nem para as estatísticas de mortalidade, que parâmetros devam ser considerados a fim de avaliar se uma determinada doença representa problema de saúde pública. Em realidade, como é possível observar nas Tabelas 64 a 69, existem doenças ou grupos de doenças que acusam valores altos, médios e baixos; sem dúvida, estes valores são diferentes e não será difícil saber, dentro de uma mesma casuística, que uma ou várias doenças merecem destaque especial. Nas Tabelas 65 e 67, observamos que os valores do dano na morbidade de prevalência são muito menores que os da morbidade de incidência, embora o número absoluto de casos da primeira, sobrepuje, notoriamente, o número de casos da segunda; desta forma, deveríamos aceitar como problemas prioritários as condições de morbidade de incidência, cujos valores são, em muito, superiores aos das condições de prevalência. Entretanto, observando a Tabela 65, encontramos que as condições de incidência, quando contidas nos diagnósticos de prevalência, apresentam va-

lores tão discretos que, dificilmente, poderiam ser aceitos como importantes.

Esta circunstância permite considerar duas ordens de prioridades: por um lado, os valores das condições de prevalência e por outro, os das condições de incidência, ambos porém, sem termos de comparação.

Apesar dos anteriores comentários, a utilização do conceito de dano, na tentativa da unificação dos valores que expressem morbidade, constitui-se num passo significativo que permitirá a comparação de resultados de inquéritos; mesmo assim, o dimensionamento da morbidade não está todavia completo. Para tal efeito, necessário se faz considerar os fatores que a seguir enumeramos, entre os quais encontram-se alguns já mencionados (Gráfico 21):

1. Magnitude ou morbidade proporcional de doenças.
2. Risco ou taxas de casos.
3. Transcendência ou comprometimento dos grupos etários.
4. Gravidade, avaliada pela limitação da atividade medida através de incapacidade.
5. Patogenicidade. Em função do "horizonte clínico" deve-se estabelecer uma escala que permita medir a gama de diagnósticos com base na sintomatologia, signologia e no laboratório.
6. Vulnerabilidade. Ao mesmo tempo em que se define a categoria ou categorias de doenças expressa-se a possibilidade de um controle das mesmas.

Alguns dos fatos antes expostos são fatíveis de serem constados, ao se comparar nossos resultados, com outros referidos na literatura médica consultada.

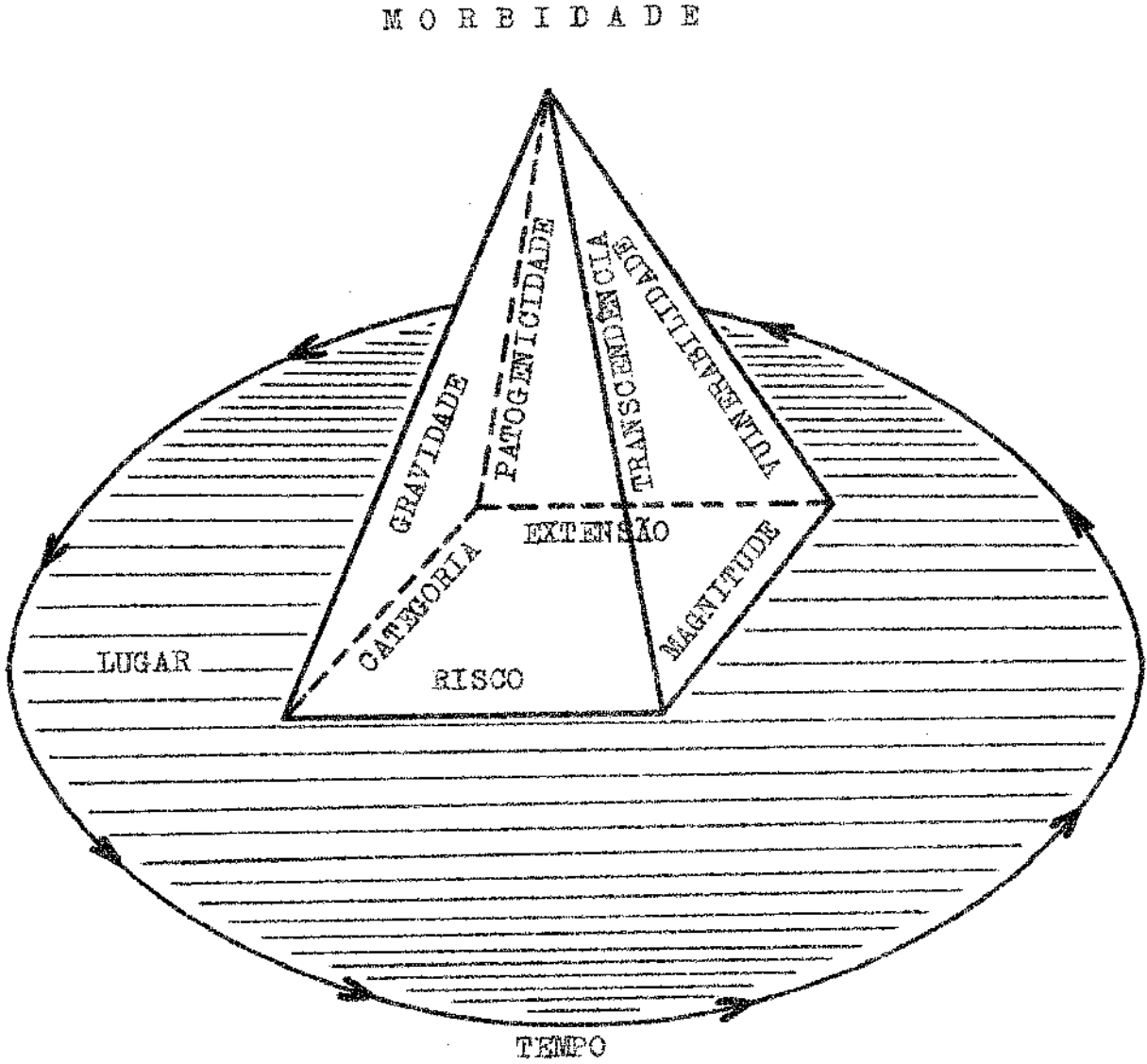


GRÁFICO 21 - Dimensionamento da morbidade.

As taxas contidas nas Tabelas 51 e 52 deste estudo, comparadas com as casuísticas dos seguintes inquéritos: Bairro Teixeira Mendes, Salvador, Bahia (SILVA, 1961); Nacional (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a) e de Urabá (ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964), na Colômbia; em mineiros de Ucrânia, União Soviética (SAHGELDIANT, 1959; ALEXANDROVA, 1960); Nacionais da Inglaterra e País de Gales, da Dinamarca, da Checoslováquia, da França e dos Estados Unidos (LINDER, 1967; WEBER, 1967; VAZEK, 1967), permitem deduzir que, com exceção dos inquéritos da Colômbia que foram estudos de morbidade de prevalência instantânea e expressados em unidades de casos, os demais enumerados, não comportam igual comparação devido a que o sujeito da pesquisa, a prospecção do inquérito e a unidade de morbidade adotada foram diferentes; nestes a unidade de morbidade foi o episódio de doença.

Nos inquéritos de morbidade da Colômbia e do Bairro Teixeira Mendes em Salvador, Bahia, predominaram como no nosso estudo, as condições próprias de um ambiente comum (helminthíases, anemia, diarreias, desnutrição etc.) e por se tratar de inquéritos de prevalência, as condições que acusaram taxas mais altas, foram aquelas de tendência crônica (helminthíases, anemia, outras doenças respiratórias, desnutrição, doenças dos olhos e das veias, hérnias abdominais, doenças da tireóide etc.).

Nos outros inquéritos, cujos sujeitos foram, comumente, pessoas adultas que consultaram os diferentes serviços de atendimento médico, as condições de morbidade mais frequentes corresponderam a casos com acentuada manifestação patogênica, em geral, do tipo agudo. As taxas de doenças crônicas foram menos frequentes e na maioria dos casos, a patologia evidenciada

esteve associada ao tipo de ocupação das pessoas examinadas.

Outros aspectos são possíveis de serem considerados: SILVA (1961) encontrou que, 940% das pessoas examinadas estavam doentes, sendo que no grupo de menores de 1 ano, esta taxa alcançou 429%; no grupo de 1 a 4 anos, 919% e nos maiores de 5 anos, 1000%. No inquérito de Urabá (ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964), comprovaram que, 94,4% da população, padecia afecções leves ou graves. ALEXANDROVA (1960), constatou que dos trabalhadores que consultaram os serviços médicos, 56,2% a 80,0% estavam doentes. Nestes inquéritos foram constatadas menos de 4 condições de morbidade por pessoa. Se as taxas de pessoas doentes foram, como no nosso estudo, elevadas, o número médio de doenças diagnosticadas por pessoa, encontra-se muito aquém da nossa casuística (Tabela 48). Estes achados nos permitem concluir que além do aspecto metodológico relacionado com exames complementares programados, a diferença entre estas taxas é devida à conceituação que sobre morbidade foi adotada. O anterior se comprova com a análise dos seguintes fatos:

No inquérito nacional de morbidade da Colômbia (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a), a taxa de doenças por helmintíases intestinais foi de 335,8%; entretanto, a infestação de parasitas intestinais, comprovada através do exame de fezes no mesmo estudo, alcançou a 80,4% da população. A taxa de anemia relatada foi de 133,0%, e os valores de hemoglobina e de hematócrito, compatíveis com diagnóstico de anemia, alcançaram 30,8% e 23,9%, respectivamente. Outro tanto acontece com as doenças dos olhos, cujas taxas acusaram 108,8% e somente o nível de deficiência de acuidade visual, para longe e para perto, alcançou 26,3% e 48,7%, respectivamente, dos examinados. Os valores da pressão arterial diastólica, compatíveis com diagnósti

co de hipertensão arterial, foram de 9,2%, e a taxa de morbidade de casos de doença hipertensiva foi de 23,5%. A taxa de diabetes em pessoas maiores de 20 anos foi de 6,4%, enquanto que as taxas de glicemia pós-prandial correspondentes ao mesmo grupo etário, revelaram estar acima de 150 mg/100 ml de sangue, em 15,7% dos examinados. Ante estes dados é possível deduzir que, neste inquérito primou o critério da franca patogenicidade.

Iguais comentários fazemos com respeito aos inquéritos de Urabá (ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964) e do Bairro Teixeira Mendes (SILVA, 1961), como é possível deduzir da forma pela qual neste último foi feita a avaliação médica. Após a primeira avaliação das famílias, que durou cinco meses, nas visitas subsequentes realizadas cada mês, um ou mais membros adultos eram interrogados por uma enfermeira sobre a ocorrência de doenças ou de lesões agudas em algum ou alguns dos membros da família. Os casos de doença eram evidenciadas quando as famílias solicitavam atendimento de emergência. Por outro lado, houve ocorrências como o caso da amebíase que, tendo acusado uma prevalência de 101%, não figurou na lista de doenças por ser assintomática; no entanto, a sífilis latente e as verminoses, mesmo acusando idêntico fenômeno, foram inseridas nas citadas listas.

Quanto aos inquéritos de morbidade, baseados em pessoas examinadas nos serviços de atendimento médico (SANGELDIANT, 1959; ALEXANDROVA, 1960; LINDER, 1967; VAZEK, 1967; WEBER, 1967), seguramente se tratava de casos que padeciam de condições de morbidade com franca manifestação patogênica, algumas delas de tipo agudo que, como já comentamos, fornece taxas baixas. Os resultados destes inquéritos espelham os critérios de morbidade neles adotados, tal como foi mencionado no Capítulo I deste estudo.

Confrontando alguns dos resultados deste inquérito com os correlatos de outros inquéritos de morbidade, e rela-

cionando-os àquelas condições em que o critério de patogenici~~da~~de, pelo menos teoricamente, não é fatível de interpretação ~~mu~~to discordante, já que o diagnóstico gira em torno de sinais e provas de laboratório, observamos que os valores das nossas taxas tornam-se relativamente comparáveis. Para ilustrar esta ~~ques~~tão, referir-nos-emos às seguintes casuísticas:

1. Parasitoses intestinais.

Inquéritos específicos de morbidade, levados a efeito no Brasil, como os de GALVÃO (1953) em amostra casual de pessoas de todas as idades da população rural e urbana de Araraquara, Estado de São Paulo; ROQUAYROL et alii (1964, 1965) em população rural do Estado do Ceará e em membros de 200 famílias da área urbana do Município de Fortaleza; CORREIA & HUGGINS (1968a, 1968b) em colegiais de Recife, Pernambuco; PESSOA (1959), em crianças menores de 2 anos de idade na Paraíba e Alagoas; PESSOA et alii (1956) em áreas das zonas rural e urbana de João Pessoa na Paraíba; CORTES (1944) em Vitória e seus arrabaldes no Espírito Santo; PESSOA & COUTINHO apud PESSOA (1959) em Aracajú, Sergipe; GANDRA (1956) em pessoas supostamente sadias na cidade de São Paulo e BARUZZI (1968), entre indígenas do Alto Xingú, evidenciaram infestação por helmintos e protozoários intestinais, em taxas que oscilam entre 49,9% e 100%, através de exames parasitológicos de fezes, realizados em grupos de 192 a 6651 pessoas.

Na Colômbia nos inquéritos gerais de morbidade, o Nacional (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969b) e de Urabá (ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964); assim como no inquérito específico realizado por GARCIA et alii (S.d.p.), em duas comunidades do litoral Atlântico desse país, foram constatadas igualmente, altas taxas de parasitismo intestinal.

Merece destaque especial a estatística apresentada pela OMS (OMS, 1963a; 1964) sobre os dados de centenas de inquéritos realizados no mundo todo, no período de 1950-62, quando foram examinadas milhares de pessoas. De forma similar ao nosso (Tabelas 50, 51; XLIV a LI, Apêndice 4) e aos demais in-

quéritos citados, foi constatada a grave problemática das helmintíases.

Ressaltamos que, na maioria das citadas casuísticas sobre parasitismo intestinal, não há referências sobre o número de exames parasitológicos realizados por pessoa, nem à patogenicidade dos casos.

2. Diabetes Mellitus.

Conforme o estabelecido no Capítulo III deste inquérito, para definir o estado de diabetes, adotamos o critério e os parâmetros recomendados pelos especialistas da OMS (OMS, 1965b). Nossa casuística, neste particular apresenta uma prevalência geral de 64,7% (Tabelas 50, 51; XXVIII, XXIX, Apêndice 4).

Em publicação da OMS (OMS, 1965b) encontramos os resultados de centenas de inquéritos que, sobre diabetes mellitus, foram realizados em várias partes do mundo. Os grupos examinados variaram desde 200 até 68.088 pessoas, as taxas de prevalência encontradas, oscilaram entre 0% na Rodésia do Sul, África, 1963, e 13,4% na ilha de Mabuiag, Austrália, 1960. A maioria porém, apresentou taxas de diabetes inferiores a 2%; em duas casuísticas da Inglaterra, foram de 7,2% e 7,8%.

WILSON (1964) e WILSON et alii (1966), tomando como base o padrão de glicemia acima de 160 mg./100 ml de sangue, encontraram, entre os reclusos de uma prisão de São Paulo, taxas de 1,5% de diabéticos e de 3,8% entre os habitantes de Jarinú, São Paulo.

No inquérito Nacional de Morbidade da Colômbia (ESTUDIOS DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a) foi encontrada uma taxa de 6,4% em pessoas maiores de 20 anos.

3. Anemia ferropênica.

Com respeito ao problema da anemia ferropênica, GANDRA (1970), expressa que existe a necessidade de dispor de dados que sejam comparáveis, mais do que de informação; a proli

feração de trabalhos sobre o tema é abundante, porém, as amostras de população neles analisadas, os métodos empregados e os critérios de normalidade não tendo sido homogêneos, impossibilitam uma análise adequada.

As taxas de anemia da nossa carnística, mesmo que consideráveis (392,7%) (Tabelas 50, 51; XXIV a XXVII, Apêndice 4), não são excessivamente altas, quando comparadas com as que se seguem:

No Brasil SILVA (1951), em Piranema, Município de Itaguaí, Estado do Rio de Janeiro, encontrou que das 255 crianças por ele examinadas, 70% apresentaram menos do que 60% da taxa normal de hemoglobina e destas somente 1 (0,3%), ultrapassou 80%. SILVA (1961) em famílias de um bairro de Salvador, Bahia, encontrou taxa de 409% de anemia, sendo 500% nos homens e 346% nas mulheres. BARUZZI (1968) refere ter encontrado 34,7% dos indígenas do Alto Xingú, com taxas abaixo de 12,0 g/100 ml de sangue. GANDRA (1956b), numa amostra de 343 pessoas supostamente sadias em São Paulo, encontrou taxa de 33,53% de anêmicos tomando como base a baixa concentração de hemoglobina.

Na Colômbia, o inquérito nacional de Morbidade (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a) revelou taxa de anemia de 133,0%; o de Urabá (ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964), evidenciou, 49,0% e 52,5%.

GANDRA (1970), revisando o problema na América Latina, a partir de dados oriundos da Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, México, Trinidad Tobago, Uruguai e Venezuela, refere taxas de hemoglobina compatíveis com o diagnóstico de anemia em 1,7% a 42,8% dos homens e 3,6% a 49,1% das mulheres; em algumas zonas em 30,0% dos latentes e 50,0% dos escolares.

KILPATRICK (1961), numa população de 412 pessoas de Wensleydale, Inglaterra, encontrou 14,8% de anêmicos; 7,6% eram homens e 16,5% mulheres. Os parâmetros de normalidade utilizados por este autor, foram de 12,5g e 12,0g de hemoglobina por 100 ml de sangue, para homens e mulheres, respectivamente.

HILLMAN & SMITH (1968), nos Estados Unidos da América, durante o período de 1956-65, estudando 1342 famílias de baixo nível econômico e adotando como padrão a taxa de 11g de hemoglobina por 100 ml de sangue, encontraram que 34,0% dos seus membros, estavam anêmicos; quando a taxa padrão passou a ser de 10g, a proporção caiu para 14,2% e ao abaixá-la ao nível de 9g, encontraram apenas 5,0%.

A OMS (OMS, 1968b) relata resultados de inquéritos realizados em Israel, Polônia, Índia, México e Venezuela, em grupos humanos de 53 a 220 pessoas; estes inquéritos baseados na dosagem de hemoglobina, acusaram taxas de anemia da ordem de 0,9% (México) a 80,0% (Índia), sendo que a maior frequência destas, encontrava-se entre 13,6% e 56,0%. É interessante observar que nestes estudos, quando a anemia foi pesquisada com base na dosagem de hemoglobina, ou nos níveis séricos de ferro, ou na capacidade de fixação do ferro no sangue, ou na saturação da transferrina, ou no volume globular, às suas taxas apresentavam valores diferentes.

4. Sífilis.

Os casos de sífilis evidenciados na nossa casuística (Tabelas 50, 51; XXII, XXIII, Apêndice 4) que na sua totalidade foram de tipo latente, acusam a prevalência geral de 36,8%.

Com respeito aos dados provenientes de inquéritos sorológicos, deve-se ter em conta o tipo de população examinada, o qual conforme as circunstâncias, está exposta a maior ou menor risco de contaminação, fato este que repercute nos resultados das taxas.

BARROS (1948), num estudo de prevalência sobre sífilis na cidade de São Paulo, baseado em exames sorológicos registrados em arquivos de serviços médicos, refere 2,2% de soros positivos entre estudantes da Universidade de São Paulo, 3,8% entre operários, 32,0% entre detentos, e taxas de 2,0% a 17,3% entre o pessoal das Forças Armadas. Num levantamento realizado pelo autor, em mulheres da zona de meretrício, encontra 83,6%

de positividade.

SILVA (1961) em Salvador, Bahia, refere a prevalência de 92,0%. HADDAD (1965, 1967) examinando 1362 pessoas em um bairro de Ribeirão Preto, encontrou 2,6% de reações de Wassermann positivas.

No inquérito da Colômbia (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a), foi verificada a taxa de 2,3% de sorologias positivas com as reações VDRL e fixação do complemento.

Nos Estados Unidos da América do Norte, segundo BROWN (1966), no ano de 1941, entre 665.248 recrutas, foi encontrada a taxa de 4,76% de sorologias positivas. Em 1962, por ocasião do inquérito nacional de morbidade, numa amostra representativa da população, foi constatada a taxa de 4,7% de reações VDRL positivas.

5. Doença de Chagas.

Segundo SILVA (1966), para assegurar a comparabilidade de resultados em relação com as taxas de prevalência de infecção ou de doença da moléstia de Chagas, são necessárias, à uniformização de métodos e padronização de técnicas. Como se acontecer também para outras doenças, o anterior nem sempre é obtido; no entanto, através do conhecimento de algumas casuísticas, é possível esboçar o problema.

No presente estudo encontramos a prevalência geral de 53,5%, correspondente a casos assintomáticos de doença de Chagas (Tabelas 50, 51; XXXIV, XXV, Apêndice 4).

SILVA (1966), refere ter encontrado, em dois bairros de Salvador, Bahia, uma prevalência de infecção, da ordem de 13,4% e 14,30%, através de inquéritos sorológicos; a prevalência de doença evidenciada através da clínica e de exames complementares foi de 4,2%. Este autor faz uma revisão das publicações, compreendidas entre 1949 e 1966, sobre a prevalência da infecção chagásica obtida através de dezenas de inquéritos realizados em várias regiões do Brasil. Os grupos examinados, va-

riaram entre 334 e 5460 pessoas, as quais apresentaram taxas de 14,9% e 67,5%; a maioria esteve ao redor de 20% a 35%.

HADDAD (1965, 1967) num bairro de Ribeirão Preto, constatou 5,2% de soros positivos à reação de fixação de complemento.

COURA (1966) no Estado da Guanabara, estudando 7156 doadores de sangue através da reação de Machado e Guerreiro, encontrou 1,26% de soros positivos.

SALGADO & PELLEGRINO (1968), revisando a literatura sobre doença de Chagas nas Américas, no período de 1938 a 1963, encontraram taxas de sorologias positivas que variaram desde 0,05% no Texas, Estados Unidos da América, até 100% no Paraguai (estas em soldados). A maioria das taxas encontradas, esteve entre 10% e 30%. Os grupos examinados oscilaram entre 10 e 10.862 pessoas. Com relação ao Brasil, no período de 1930 a 1964, os mesmos autores, referem taxas de 2,75% em Paulo Afonso, na Bahia e 60% em Bambuí, Minas Gerais, sendo que a maioria das taxas esteve, também entre 10% e 30%.

PUSHONG, et alii (1964), na Província do Chaco na Argentina, sobre uma amostra probabilística de 1641 pessoas, correspondente a 2,66% dos habitantes da região, encontraram 5,17% de prevalência à infecção e 1,65% à doença. Constataram que somente 7,5% das pessoas com sorologia positiva acusaram sintomatologia.

CORREDOR (1963) e CORREDOR et alii (1965), em inquéritos sobre dois vilarejos da Colômbia limítrofes com a Venezuela, examinando 79 e 229 pessoas, encontraram 26,9% e 79,7% de prevalência à infecção. No inquérito nacional de morbidade neste mesmo país (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969), foi encontrada uma taxa de 1,9% de soros positivos.

Numa revisão sobre a prevalência de tripanossomiase americana, no período de 1959 a 1968, a OMS (OMS, 1969a), apresentou resultados de dezenas de inquéritos sorológicos realizados na maioria dos países da América incluindo os Estados

Unidos, excetuando o Canadá. Refere taxas muito semelhantes às mencionadas pelos autores antes citados.

6. Toxoplasmose.

A prevalência da toxoplasmose é de 466,6% na nossa casuística (Tabelas 50, 51; XXXVI, XXXVII, Apêndice 4), cuja totalidade de casos foram por nós considerados como assintomáticos. Esta taxa, indica a extensa distribuição da doença na população.

Nossos resultados se basearam em títulos de anticorpos acima de 1/256. Se o laboratório tivesse informado títulos, a partir de 1/8 ou 1/12, admitidos por alguns autores como indicadores de infecção, nossa casuística seguramente teria se incrementado. Mesmo assim, a prevalência é alta, embora existam na literatura, taxas superiores.

JAMRA (1964) no bairro de Vila Madalena, em São Paulo, num total de 300 pessoas examinadas, constatou 67,0% de soros positivos à reação de Sabin-Feldman, dos quais 3/4 partes acusavam títulos inferiores a 1/256.

BARUZZI & AMATO NETO (1966) e BARUZZI (1968) examinando, respectivamente soros, de 92 e 254 indígenas do Alto Xingú, constataram 38,0% e 51,6% de positividade à reação de Sabin-Feldman em títulos acima de 1/16.

WALLS et alii (1967), submetendo às reações de hemaglutinação e Sabin-Feldman, soros de 2875 pessoas oriundas de 94 zonas geográficas dos Estados Unidos da América e adotando títulos de anticorpos acima de 1/100, encontraram taxas de positividade, de 15,7% na zona urbana e de 15,5% na zona rural; de 21,0% nas pessoas de cor branca e 14,3% nas de cor não branca.

WALLS & KAGAN (1967) estudaram a distribuição da prevalência da toxoplasmose no Brasil, através do exame pelas reações de hemaglutinação e de Sabin-Feldman de 2889 soros, provenientes de membros das Forças Armadas de 18 Estados da Federação; adotando como padrão de positividade, títulos de 1/256, referiram, para o grupo de 18 a 21 anos, a taxa de 27,0% e para

as pessoas acima desta idade, a de 33,0%. Entre militares residentes em cidades de mais de 100.000 habitantes, a taxa foi de 32,0%; em cidades de 2.500 a 100.000 habitantes, foi de 28,0% e de 44,0% nas de menos de 2.500 habitantes. A prevalência mais alta (54,0% a 55,0%) foi encontrada no Amazonas e Maranhão; a mais baixa (12,0%), foi de Pernambuco. As restantes em geral, ultrapassaram 30,0%.

LAMB & FELDMAN (1968a), examinando 2022 amostras de sangue de militares brasileiros de todas as regiões do país e tomando como base títulos de anticorpos acima de 1/16 para a reação de hemaglutinação e de 1/12 para a de Sabin-Feldman, referem 52,0% de positividade para a primeira e 67,0% para a segunda. As taxas encontradas através da reação de Sabin-Feldman, variaram entre 62,0% nos militares procedentes de Mato Grosso e 100,0% entre os do Vale do Amazonas e do Estado do Maranhão. Com a hemaglutinação, as taxas oscilaram entre 36,0% nos procedentes de Goiás e 56,0% nos do Amazonas.

LAMB & FELDMAN (1968b), num estudo longitudinal, com duração de 4 anos, sobre 189 pessoas de 37 famílias, nos Estados Unidos da América, encontraram 15,0% de soros positivos à reação Sabin-Feldman, com títulos acima de 1/8.

MASSOLA (1965), transcreve os valores das taxas de prevalência de toxoplasmose, obtidos no período de 1957-67, em vários países do mundo, através de inquéritos sorológicos pela reação de Sabin-Feldman. O autor refere taxas de 0% entre os esquimós do Alaska e 94,0% na Guatemala. Os resultados providos da Noruega, Nova Zelândia, Estados Unidos (onde entre outros foram examinados índios Navajos do Arizona), Islândia, Haiti, Inglaterra, Suécia e Brasil, acusaram taxas ao redor de 30%.

7. Leptospirose.

A taxa de prevalência da leptospirose evidenciada no presente inquérito (75,6%) (Tabelas 50, 51; XXXVIII, XXXIX, Apêndice 4), podemos considerá-la elevada. Tratamos de explicar tal achado, pela presença nas habitações e nas suas vizinhanças (Tabela 22) de numerosos ratos e outros animais.

Tradicionalmente esta doença tem sido pesquisada em grupos humanos expostos à infecção como é o caso das casuísticas que a seguir apresentamos.

CORREA *et alii* (1954), entre 208 trabalhadores das plantações de arroz do Vale do Paraíba em São Paulo, testando 9 sorotipos, encontraram 1,4% de soros positivos à reação de aglutinação com títulos acima de 1/100.

MAGALDI (1962) num grupo de 200 funcionários do serviço de águas e esgotos da cidade de São Paulo, constatou 28,5% de prevalência entre aqueles funcionários que, em razão de seu trabalho, estavam mais diretamente em contato com o esgoto. Naqueles em que o fator eminente de contágio, não estava presente, a taxa foi de 12,5%. A autora chegou a estes resultados examinando soros sanguíneos pela técnica da aglutinação, testando 15 sorotipos diferentes de leptospiros e adotando títulos de anticorpos acima de 1/500. CRUZ *et alii* (1970), em igual número de trabalhadores do mesmo serviço de esgoto e utilizando igual técnica, porém testando 22 sorotipos, encontrou 35,4%.

CASTRO (1966) em 361 magarefes, oriundos de vários municípios do Estado de São Paulo, encontrou a taxa de 3% de soros positivos através da reação de aglutinação, adotando títulos acima de 1/100 e utilizando 7 tipos de antígenos. HIDALGO & HIDALGO (1970) em igual tipo de profissionais, na cidade de Tumbes, no Perú, constataram 7,7% de soros positivos, utilizando também a soraglutinação e títulos acima de 1/100; quando os autores adotaram títulos acima de 1/10, a proporção de soros positivos foi de 38,4%.

A OPS (OPS, 1970b), publicou resultados obtidos no período de 1964-69, na Fundação Gonçalo Muniz, de Salvador, Bahia, onde por exame de sangue de dois grupos de 631 e 541 doentes icterícios, foram constatadas através da soraglutinação, as respectivas taxas de positividade de 50,4% e 30,5%, com títulos de anticorpos acima de 1/100. Os doentes em questão

eram pessoas de nível econômico muito baixo e, todos moradores em distritos da cidade que apresentavam problemas de águas pluviais.

LAROCHE (1965), no período de 1962-63, examinou 786 soros sangüíneos de cidadãos residentes nas zonas rural e urbana de Haiti; estes soros eram provenientes de amostras de sangue de pessoas da população geral, de pessoas submetidas a fontes conhecidas de contágio e de doentes ictericos hospitalizados. A taxa de positividade à reação de aglutinação, testando 18 sorotipos, com títulos acima de 1/100, foi de 3,3%. Não houve diferença significativa entre os soros de pessoas da zona urbana e da rural. Nas pessoas ictericas, a positividade dos soros foi de 30,1%. A prevalência entre trabalhadores das zonas urbana e rural, foi superior à dos outros grupos de pessoas examinadas.

Numa revisão da leptospirose no mundo, no período 1935-62, MAGALDI (1962) refere que, em exames de grupos de pessoas cujo número flutuava entre 11 e 240, foram encontradas taxas de 0% a 13,2% na Alemanha, 16,6% na Escócia, 20,0% na Inglaterra e de 3,8% a 28,5% no Brasil. Os títulos de anticorpos aceitos como limite de positividade, oscilaram entre 1/10 e 1/500.

8. Bócio.

Nossa casuística referente ao Bócio, apresenta uma taxa de casos de 115,6‰, para a população geral e 46,1‰ para o grupo de 5 a 14 anos, com tendência a aumentar com a idade.

Se adotamos o parâmetro estabelecido por técnicos internacionais (GANDRA, 1964, 1966) que consideram como problema endêmico e de saúde pública, a taxa de bócio que ultrapasse 10‰ da população, então nossa casuística para a população geral apresenta uma taxa alta.

GANDRA (1964, 1966) no Estado de São Paulo, VIEIRA

et alii (1968) em Goiânia, a Divisão da Organização Sanitária e o DNERu do Ministério de Saúde Pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1966), CABEZAS et alii (1953) em El Salvador, América Central, e MAC LENNAN et alii (1967) na região do Vale do Rio Cauca na Colômbia, ao examinarem grupos de escolares em amplas áreas, cujo número variava entre 1046 e 377.716 crianças, referem ter encontrado taxas de hiperplasia do tireóides, da ordem de 6,58% a 33,8%. SCORMSHAW (1960) e STAMBURY (1970) reúnem os resultados de um considerável número de pesquisas que sobre bócio se levaram a efeito na quase totalidade dos países da América Latina, através dos quais se evidenciaram taxas de 0% a 100%, em grupos de população de diversas idades e das mais diferentes regiões topográficas, a maioria, ultrapassando 10%.

9. Desnutrição.

A taxa de prevalência de deficiências nutricionais, por nós evidenciada, é muito elevada. Entretanto, alguns inquéritos específicos expressam taxas semelhantes; tal é o caso do estudo que sobre pessoas supostamente sadias, GANDRA (1955, 1956) realizou em São Paulo; neste foram constatados sinais e sinais de desnutrição na seguinte proporção: desnutrição geral, 7,85% a 35,85%; deficiência de tiamina, 1,40% a 75,96%; de riboflavina, 1,34% a 60,33%; de niacina, 0,66% a 75,96%; de vitamina C, 5,27% a 75,96%. A maioria dos sintomas e sinais estava presente em grande parte dos examinados. Estes achados foram testados pelo autor através de exames bioquímicos. SILVA (1951), numa população de 3424 pessoas em Piranema, município de Itaguái, Estado do Rio de Janeiro, comprovou clinicamente, elevadas taxas de desnutrição.

Geralmente a literatura médica brasileira sobre inquéritos de nutrição, refere-se comumente a crianças em idade escolar. COSTA (1944) e SILVA (1970) no Rio de Janeiro; CARVALHO & CRUZ (1951) em Curitiba; BRITO (1965) no Pará e SIQUEIRA (1965) em Minas Gerais, referem sinais e sintomas de desnutrição em proporções semelhantes às encontradas por Gandra em São Paulo, antes citadas.

Os inquéritos gerais de morbidade: do Bairro Teixeira Mendes de Salvador, Bahia (SIDVA, 1961); Nacional (ESTUDO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a) e de Urabá (ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964) na Colômbia, constaram taxas bastante baixas de desnutrição (130.0‰, 33.4‰ e 13.92‰, respectivamente).

A título de observação queremos salientar o fato por nós evidenciado neste inquérito, com respeito às altas taxas encontradas de adeno e esplenomegalia e que são de difícil interpretação. Se nos detemos a analisar sua relação com a idade (Tabelas 50, 51), vemos que em forma significativa estas condições decrescem à medida em que a idade aumenta. Por outro lado, as carências nutricionais aumentam concomitantemente com a idade até os 44 anos, a partir dos quais diminuem em frequência.

Considerando as recentes publicações de estudos que se referem às interrelações entre nutrição e infecção (SCRIMSHAW, 1966a, 1966b, 1966c; OMS, 1965c, SCRIMSHAW et alii, 1969), sem outra pretensão que a de levantarmos o problema, tratamos de explicar a presença e o comportamento da adeno e esplenomegalia, em relação com a idade e o estado de nutrição, através do denominado mecanismo de sinergia. Este mecanismo está ligado a fenômenos de adaptação, resultantes das constantes infecções a que estão submetidas as pessoas em contínuo e prolongado estado de subnutrição ou desnutrição, dos quais fazem parte fenômenos imunitários, que condicionariam o organismo a estar em permanente reação. As adenomegalias e inclusive a esplenomegalia, nada mais seriam do que expressão deste estado.

O decréscimo das adenomegalias à medida que a idade aumenta, podemos explicá-lo pelo denominado mecanismo de antagonismo; este teria como base o fato de que o hospedeiro velho, longamente desnutrido, não fornecendo por carência as condições alimentares necessárias aos agentes infecciosos, impediria desta forma a sua proliferação e desenvolvimento.

Nestes termos, a adeno e esplenomegalia, sem causa definida, quando associada à carência alimentar, poderia ser a representação de uma manifestação clínica de desnutrição. Es-

te fato, se comprovado, viria a reforçar a validade das altas ta ras de desnutrição patentes na nossa casuística.

Achamos que este assunto deverá ser pesquisado e esclarecido, já que poderia assumir grande importância sob o ponto de vista clínico e epidemiológico.

d. Atitudes das famílias do "BJO" frente a este inquérito de morbilidade.

ROSE & BLACKBURN (1969) consideram como razoável a participação de uma população num inquérito de morbilidade quando, a proporção das pessoas amostradas que nele colaboram, alcança a 90%. Frente a este parâmetro, a participação das famílias do "BJO" no presente inquérito, esteve muito aquém da expectativa, tendo-se em conta outros inquéritos similares.

No Brasil, JAMRA (1964), HADDAD (1965), SCHMID (1966), WILSON (1966), em inquéritos específicos de morbilidade constatarem 0,4% a 28,0% de rejeição por parte das famílias. SILVA (1961), em inquérito geral encontrou 15,5% de rejeição familiar ao programa e 10,9% aos exames médicos. WILSON (1964), em pesquisa específica de diabetes mellitus refere 3,2% de recusas individuais. GALVÃO (1953), pesquisando parasitismo intestinal, refere especialmente, em adultos jovens, certa proporção de recusas sem expressá-la numericamente.

No Inquérito Nacional de Morbilidade da Colômbia (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1967a, 1969a, 1969c), houve uma cobertura de 95,6% e 98,1% das pessoas amostradas, respectivamente para os estudos de avaliação clínica e de entrevista domiciliar.

Em inquéritos da Hungria, Itália, Finlândia, Grécia, Iugoslávia, Inglaterra, País de Gales, Jamaica, Holanda e Estados Unidos, os índices de não cooperação individual, segundo ROSE & BLACKBURN (1969), foram de 1,2% a 41,9%, sendo que os maiores índices se apresentaram nos Estados Unidos, Itália e Holanda.

LINDER (1967), relata, 1,1% a 3,9% de rejeições

familiares nos inquéritos do Canadá, Dinamarca e Estados Unidos. Na Dinamarca o índice de rejeição individual foi de 1,6%.

NAPIER (1962), no inquérito longitudinal por interrogatório direto, realizado em Tecumseh, Michigan, Estados Unidos da América, cuja amostra foi de 9794 pessoas, refere que 6,6% destas se negaram a informar; a negativa mais freqüente entre jovens, não se constatando diferença entre sexos. O autor enumera as justificativas alegadas pelas pessoas por sua não participação no inquérito; entre estas, as mais freqüentes foram: a religião não permite; hostilidade ao médico e aos hospitais; a entrevista é tida como uma intromissão inaceitável na vida particular; os quesitos do formulário, não foram considerados importantes de serem respondidos, porque as pessoas estavam filiadas a instituições de atenção médica onde a informação tinha sido dada; os entrevistados não se sentiam doentes e alguns deles não deram razão alguma.

Quando a falta de cooperação é devida à migração, não há motivos para preocupação, já que este fenômeno demográfico é freqüente na vida de todos os povos. Entretanto, se a falta de colaboração está ligada à rejeição, necessário se faz elucidar suas causas.

Segundo, WILSON & JUNGER (1969), a idéia de que a detecção de doenças nos inquéritos de morbidade é tarefa simples, dista muito de ser verdadeira, pois a obtenção de resultados satisfatórios é extremamente complexa. O exame clínico, quando praticado por instituição médica ou de saúde pública, apresenta maiores dificuldades do que quando realizada por médico particular. Nem sempre, a comunidade tem consciência de que a saúde se constitui em problema; além do que, os procedimentos médicos utilizados podem causar mortificação para os examinados. A motivação, fator importante para a decisão das pessoas, nem sempre se faz adequadamente.

As anteriores considerações estiveram presentes no nosso inquérito (Tabela 3). Ainda pensamos, que frente ao conceito valorativo destas pessoas, a saúde perde importância,

pois antes de mais nada, elas precisam satisfazer necessidades básicas que lhes permitam um nível mínimo de sobrevivência.

Não podemos deixar de comentar que a falta de colaboração por parte de uma considerável quantidade de famílias, com respeito a este inquérito, a interpretamos como reflexo da discreta atuação que durante três anos, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, teve no "BJO". Este fato vem a comprovar que programas comunitários de saúde, jamais poderão se apoiar unicamente em consultas médicas e em ações preventivas isoladas. Fatores tão decisivos como a organização e o desenvolvimento de comunidade, no caso do "BJO", não foram levados avante, devido à inconsistência da infraestrutura tanto da comunidade como da Universidade.

Um último fato achamos necessário salientar. Apesar das dificuldades havidas para completar o tamanho da amostra das famílias para este estudo (Tabela 2), as que se submeteram aos exames clínicos e laboratoriais, o fizeram em forma bastante satisfatória (Tabelas 52, 53; I a L, Apêndices 4). Isto nos permite supor que esta participação esteve condicionada à doença sentida, o que, em certa forma viciou a amostra e, em consequência, os resultados do inquérito.

B - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.

Havendo definido (Capítulo III) que neste estudo a unidade ou o sujeito do inquérito é o indivíduo e considerando que ele faz parte de uma família (unidade de amostragem), a qual por sua vez está inserida num ambiente, nestes termos, a discussão dos fatos constatados deve ser feita através dos indicadores de saúde individual e ambiental, tratando tanto quanto possível de relacioná-los para chegar a um diagnóstico.

a. Indicadores Individuais de Saúde.

1 - Taxas de morbidade.

Já discutimos que o grupo de pessoas examinadas

através deste estudo, apresenta uma ampla extensão de morbidade (100% de pessoas padecem, quando menos, de uma condição de morbidade); que o número de condições de morbidade diagnosticadas por pessoa (Tabela 48), é excessivamente alto; que muitas dessas condições não são graves (Tabela 72), pelo menos no presente momento e que, mesmo que o fossem, a maioria possui um limiar baixo de patogenicidade (Tabelas 73 a 75 e 77 a 79). Resta-nos abordar as características e a importância das taxas de casos.

Como já vimos, existem pouquíssimos parâmetros que nos permitam julgar a partir de que valor, uma taxa de morbidade se constitui em problema. Na maioria das vezes, esta avaliação é feita através de tentativas, com bases nem sempre válidas.

Se examinamos as taxas de casos de prevalência deste inquérito (Tabelas 50 e 51), observamos que, tão somente a imaturidade, a doença cerebrovascular e a hanseníase, acusam valores abaixo de 10%. Podemos portanto, dizer que as restantes condições são importantes desde que em cada 100 pessoas examinadas há uma ou mais, sujeitas a padecê-las. Nesta ordem de idéias, as taxas que sobrepassam valores de 100% são muito importantes; portanto, as dez condições mais frequentes (Tabelas 54 e 55), devem ser destacadas por apresentarem taxas acima de 392,7%.

Observamos que, tanto isoladamente (Tabelas 50, 51, 54 e 55) como em grupos afins (Tabelas 56 a 59), as doenças mais influenciáveis pelos aspectos ambientais, são as que acusam maiores taxas (carências nutricionais, defeitos físicos e lesões de causa externa, doenças associadas de aparelhos e sistemas, e as transmissíveis).

Os resultados da avaliação de saúde através do conceito do dano (Tabelas 64, 65 e 69), corroboram as anteriores afirmações, com a ressalva de que alguns valores, passam a ter diferente hierarquia, porém, sempre expressando a mesma problemática.

Observamos ainda que, as condições de morbidade de prevalência que apresentam valores mais altos de hierarquia, são as mais vulneráveis; isto significa que no "BJO", pelo menos em tempos recentes, não houve ações de saúde dirigidas.

Como comentários finais ao diagnóstico de saúde individual, achamos conveniente referir-nos ao fato já estabelecido no Capítulo III, relacionado ao descobrimento de doenças de esfera emocional e mental. Os instrumentos utilizados neste inquérito não são o suficientemente consistentes para podermos sustentar que as taxas relativas a tais condições de morbidade representem a realidade.

Tendo obtido valores de taxas relativos à idade, sexo e cor, não podemos deixar de justificar o fato, de não termos comentários acerca das tendências que as diferentes condições de morbidade diagnosticadas apresentam com respeito às ditas variáveis. Pensamos que no presente momento, todo comentário desta ordem, levar-nos-ia a repetir os fatos consignados no Capítulo IV, pois, a literatura médica por nós consultada refere-se, quase que sistematicamente aos resultados relativos à população geral. Desta forma, não teríamos bases para maiores comentários. A este respeito haveria a possibilidade de comentar e interpretar tais tendências, guiando-nos pelas estatísticas de morbidade hospitalar; porém, como afirmam ROSE & BLACKBURN (1969), os casos hospitalizados, além de serem selecionados por circunstâncias sociais e econômicas, também o são sob o ponto de vista da patogenicidade. Assim, a experiência hospitalar (clínica ou anatomopatológica) não permite conclusões válidas a respeito do comportamento das doenças na população geral. Por estes motivos, a interpretação dos fenômenos em questão, deverá ser objeto de outros trabalhos.

2 - Prevalência da Tuberculose através da prova da tuberculina.

Um dos propósitos deste estudo, é aproveitar os resultados da reação à tuberculina, para evidenciar, mesmo que em forma indireta, o problema da tuberculose nas pessoas exami-

nadas. O valor deste tipo de procedimento auxiliar de diagnóstico no estudo da morbidade de doenças, cuja história natural, se superpõe à tuberculose, será também estimado.

Os resultados da prova da tuberculina (Tabelas 46 e 47) nos permitem deduzir que, muito provavelmente, 20,0% das pessoas testadas com PPD-Rt23 são contatos de fontes efetivas de contágio; é possível ainda, pressupor que, 12,5% delas estejam padecendo de alguma forma de tuberculose doença. O fato de não haver reatores entre os menores de 4 anos, e que, entre as pessoas de 5 a 14 anos, somente 6,4% são tuberculino positivas, nos indica que, as fontes de contágio na sua maioria, devem ser extrafamiliares. Baseamos o anterior raciocínio nos seguintes fatos:

1) A tuberculina constitui o meio mais prático para se conhecer a tendência do nível de infecção da tuberculose, no indivíduo e na comunidade (HILLEBOE, 1961; MOTTA, 1970).

2) A viragem da reação à tuberculina significa doença tuberculosa que precisa de tratamento e cuja atividade, deve ser esclarecida mediante exames clínicos apropriados (BAUMANN, 1960).

3) As pessoas que apresentam reações à tuberculina com duração de 10 mm ou mais, correm maior risco de desenvolverem uma tuberculose doença, do que aquelas com reações de 5 a 9 mm. Os reatores fortes indicam ainda maior possibilidade de estarem em contato com casos de tuberculose ativa (NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION, 1964; HSU, 1965). É muito provável que reações de 15 mm ou mais, associadas a edema local, indiquem que a pessoa já está padecendo de alguma forma de tuberculose doença (REA-CCIÓN A LA TUBERCULINA..., 1964).

4) A criança sempre se infecta de tuberculose a partir de uma fonte bacilífera que, teoricamente, pode estar constituida por múltiplos focos. Entretanto, a importância de cada um destes, varia nos diferentes momentos da vida (TAPIA, 1945). A este respeito, LEON BERNARD apud TAPIA (1945) diz que, no primeiro ano de vida, o homem sendo incapaz de se movimentar por seus próprios meios, está confinado a um ambiente extremosamente re-

duzido; fica sujeito a relações muito restritas que se limitam ao núcleo familiar. De fato, quando numa criança lactente se diagnostica tuberculose, deve-se proceder a uma investigação causal que, seguramente, tem origem doméstica. A partir do segundo ou do terceiro ano de vida, multiplicam-se os meios onde a criança se movimenta; contato com o solo, com a rua, com outras crianças e pessoas, sobretudo na escola, fazem com que as investigações sobre a fonte de contágio sejam, cada vez mais infrutíferas; ainda assim é possível localizar-se a fonte de contágio no meio familiar; com maior frequência porém, este é encontrado fora do lar, podendo mesmo em muitos casos escapar a toda investigação.

5) O valor da prova da tuberculina no diagnóstico da tuberculose aumenta à medida em que as taxas de infecção e os casos ativos decrescem na população. É importante ter-se em conta que, uma vez adquirida uma sensibilidade à tuberculose expressada por uma hiper-reação à tuberculina, esta tende a perdurar através da vida, salvo em poucas ocasiões em que o grau de sensibilidade declina com o passar dos anos (NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION, 1964).

6) Todo indivíduo suspeito de ser tuberculoso, cuja doença se confirme bacteriologicamente, é um caso de tuberculose (OPS, 1964a; 1965a). Entretanto, existem casos (primo-infecções e pleuresias, etc.), presumivelmente tuberculosos, não confirmados bacteriologicamente, que devem ser registrados e submetidos a controle e por vezes, a tratamento. Nestas situações, outros elementos de julgamento, como a prova da tuberculina, permitem o diagnóstico (OPS, 1964a; LOPEZ BONILLA, 1965).

7) Numa comunidade, os menores de 14 anos reatores à prova da tuberculina, não devem ultrapassar 1% dos casos (BRIGHTMAN & HILLEBOE, 1962). Este parâmetro estabelecido para os Estados Unidos da América, não é de possível aplicação nos países latinoamericanos; por tal razão, os técnicos da OPS apud BALDÓ (1965), propõem que a infecção tuberculosa, medida através da reação à tuberculina, deva ser considerada problema, quando ultrapasse 2% nos menores de 2 anos, 10% nos menores de 10 anos e

20% nos menores de 15 anos.

Para dimensionar o comportamento da tuberculose em diversos meios quando investigada através da tuberculina e nos termos até aqui comentados, enumeramos a seguir, alguns resultados sobre taxas de reatores, obtidas em diversos inquéritos específicos.

Através de programas patrocinados pela OMS (OMS, 1961b, 1962) para investigar o problema da tuberculose, foram comprovadas em menores de 14 anos, no período de 1951-60, num total de 254.627 examinados, taxas de reatores à tuberculina que oscilavam entre 13% a 35% na América Latina, 29% a 38% na África, e 22% a 77% na Ásia. No período de 1958-60, num total de 1.462.012 crianças examinadas, foram encontradas taxas de 15% a 47% de reatores na América Latina, 22% a 73% na África e 5% a 55 na Ásia.

Na Colômbia, na Campanha de Vacinação com BCG (TOBAR, 1956, 1957), em pessoas de todas as idades, cujo número ascendeu a 3.479.729, foram encontradas taxas de 36,9% de reatores na população geral, 8,8% nos menores de 6 anos e 21,9% nos menores de 14. No inquérito Nacional de Morbidade (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a), entre 4.682 menores de 10 anos, constatarem taxas de 1,3% de reatores em menores de 4 anos e de 2,8% em menores de 10 anos. Na Região de Urabá (ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964), em menores de 14 anos, foram evidenciadas taxas de 5,4% a 12,6%.

Na Argentina, Bolívia, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá (BALDÓ, 1965) em grupos que oscilavam entre 903 e 117.957 crianças de 5 a 14 anos de idade, as taxas de reatores à tuberculina encontradas foram de 12,5% a 48,6%.

Na Venezuela (BALDÓ et alii, 1965) em menores de 15 anos de idade, oriundos de diferentes regiões do país e em grupos cujo número variava entre 7.814 e 201.700 examinados, foram encontradas, nos menores de 4 anos, taxas de 1,1% a 1,8% na zona rural e de 2,0% a 6,0% na zona semi-rural. Em menores de 15 anos, na zona rural foram encontrados 67% de reatores; na zo

na semi-rural 71,3% e na zona urbana 87,0%.

Em São Paulo, examinando grupos de menores de 15 anos, cujo número total foi de 56.565 crianças, CERTAIN et alii (1971), encontraram 5,8% a 77,0% de reatores à tuberculina; entre os menores de 4 anos a taxa foi de 11,7% a 14,9%. No Espírito Santo, NEVES et alii (1962) entre 95.532 escolares, constataram 7,7% de tuberculino-positivos.

Em Adem, Arábia (MÖLLER et alii, 1964), entre 22.110 pessoas de todas as idades, foram constatados 3,6% de reatores nos menores de 6 anos e 37,9% no grupo de 7 a 14 anos.

Em escolares de Lima, Perú e de Houston, Estados Unidos da América, HSU et alii (1965), utilizando o PPD-Rt23, encontrou 2,9% e 2,6% de reatores, respectivamente. Quando utilizaram o PPD provindo de *eromonicobactérias*, as taxas de reatores foram, respectivamente de 4,9% e 32,5%.

Nos Estados Unidos da América, NEWEL (1965), aplicando o "heaf test", constatou 14,0% de reatores entre 4381 menores de 14 anos, sendo que, entre os menores de 2 anos, a taxa foi de 4,0%.

Observamos que, com exceção da última citação, em todos os demais inquéritos implícitos nas outras citações, a técnica utilizada foi a prova de Mantoux. As taxas referidas, em geral indicam franca prevalência da infecção tuberculosa.

b. Indicadores Ambientais.

A população da amostra estudada é jovem (Tabelas 23 e 24), e as famílias constituídas, contendo em média 5 pessoas, podemos considerá-las como numerosas (ASCOFAME, S.d.p.). A proporção de pessoas, economicamente ativas (Tabela 33), embora não sendo satisfatória, tampouco é crítica; entretanto, observamos que nem toda esta potencialidade é aproveitada (Tabelas 34 e 35), pois algumas das pessoas não trabalham por diversos motivos (Tabela 36). As que trabalham (Tabelas 34 e 35), na sua maioria são tecnicamente mal qualificadas, especialmente as mulheres e as pessoas de cor não branca, que constituem uma boa

proporção dos elementos economicamente ativos. Estes fatos fazem com que os menores passem a integrar a força do trabalho. A resultante de toda esta situação, está espelhada na renda mensal familiar "per capita" (Tabela 33) que em méd. a é de Cr\$ 68,51, a qual vem piorando desde 1966; esta renda corresponde a mais ou menos US\$ 150,00 anuais, o que coloca este grupo de pessoas, dentro da faixa de população francamente subdesenvolvida (ALBERTINI, 1968).

Devemos ter em conta que no primeiro trimestre do ano de 1969 (IBGE, 1969), o salário mínimo em São Paulo era de Cr\$ 156,00 e que 1 kg dos seguintes alimentos custava:

Manteiga.....	Cr\$ 5,73
Carne.....	Cr\$ 2,89
Café torrado.....	Cr\$ 1,11
Açúcar refinado e filtrado.....	Cr\$ 0,55
Arroz japonês.....	Cr\$ 0,88
Feijão preto comum.....	Cr\$ 0,80
Farinha de mandioca.....	Cr\$ 0,44
Farinha de trigo.....	Cr\$ 0,75
Fubá de milho.....	Cr\$ 0,33
1 litro de leite.....	Cr\$ 0,40

Segundo, BOYD-ORR apud SONIS 1964), quanto menor seja a renda familiar ou do indivíduo, tanto maior será o custo da dieta calórica, proteica, vitamínica e de minerais. O gasto "per capita" em alimentos está em razão inversa ao número de filhos: menor número de filhos, maior possibilidade de gastar em alimentos; maior número de filhos, menor possibilidade de obtê-los (SONIS, 1964). Ante toda esta evidência, temos que aceitar que a alimentação das pessoas estudadas é muito deficiente, fato que coincide com a informação por elas fornecida por ocasião da anamnese.

Ao anterior devemos adicionar os gastos familiares por conceito de aluguel de habitação (Tabela 38) que, em média mensal, é de Cr\$ 77,00, correspondendo a Cr\$ 15,40 por pessoa.

Estes gastos, essenciais para um nível mínimo de supervivência, seguramente estão agravados por outras despesas não menos importantes, relacionadas com atendimento médico, farmácia e transporte e que sem dúvida contribuem a restringir outras áreas de necessidades como as que a seguir expomos:

A habitação destas famílias é do tipo e do tamanho das que favorecem a promiscuidade; esta segundo HAGENBUCH (1961), existe quando duas ou mais pessoas ocupam um quarto convencional para dormir (Tabelas 5 e 10). A situação se agrava pela insuficiente insolação, arejamento e iluminação, assim como, pela falta de assoalho de bom número das habitações (Tabelas 11 e 12).

A ausência de canalização interna da água de consumo (Tabela 14) favorece a sua contaminação, limita a existência de chuveiros e de privadas dentro da habitação, impede a ligação dos serviços internos com a rede de esgoto (Tabela 15). A falta de recursos limita o tratamento adequado do lixo (Tabela 20) e a instalação de luz elétrica no domicílio (Tabela 18). Todos estes aspectos agravam a falta de higiene pessoal e da habitação (Tabelas 21, 41 a 43).

As vestes (roupas e calçados) são insuficientes; a educação está limitada, como é factível constatar, pelo baixo grau de escolaridade e de instrução (Tabela 40); o conforto, assim como a recreação das pessoas, não existem e se tornam praticamente impossíveis, uma vez que não há no "BJO", um centro de convivência que permita a expansão física e espiritual.

A situação evidenciada é peculiar ao "BJO", cujas características não permitem inferências, nem sequer em relação a Campinas da qual o bairro faz parte, muito menos com relação a outras áreas. Salientamos todavia, que na maioria dos inquéritos de morbidade geral, a questão dos fatores sócio-econômicos e de higiene são pontos de destaque e de comentários especiais. Assim, vários deles (GUSMÃO, 1948; SILVA, 1961, 1965; ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964; ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1967b, 1969a; OPS, 1966a, 1970a; CARVALHO, 1964; PUGLIESE et alii,

1969), constataram situações semelhantes ou piores do que as nossas, as quais se tornam dramáticas quando comparadas com outras realidades evidenciadas nos Estados Unidos e no Canadá (OPS, 1966d).

São escassos os estudos que se referem à higiene individual; a maioria destes diz respeito à saúde oral (ENCUESTA DE MORBIDIDAD..., 1964; DIPABJUALS *et alii*, 1965; RLSHIK, 1966; GUIMARÃES *et alii*, 1968; ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a) e revelam precárias condições, iguais às da nossa casuística.

Ao encerrar a discussão dos indicadores ambientais, é conveniente ressaltar que, para um melhor estudo das variáveis relativas ao ambiente, especialmente no tocante aos problemas sócio-econômicos, conforme tentativas de vários autores (SILVA, 1961, 1966; MADRAB, 1965; CARVALHO *et alii*, 1964; GUIDI & DUARTE, 1969; CONSORTE, 1969), conviria idealizar indicadores que, agrupando série ou séries de fatores, permitissem a análise do assunto de maneira diferente à descritiva, como aliás, tem sido tradicional na maioria das pesquisas sobre o particular. Igualmente é importante estabelecer indicadores que permitam um melhor conhecimento da família como fonte de saúde ou de doença. Em geral, a família, nos estudos de morbidade, é tomada como base da amostragem e inclusive do inquérito; porém, o que comumente acontece é que a análise termina sendo feita indiretamente através dos fatos ambientais ou individuais e nem sempre se consegue definir o problema ou problemas do núcleo familiar, o que vem dificultar o relacionamento das numerosas variáveis envolvidas.

No caso do presente trabalho, preferimos transitar o caminho da descrição. Porém, chegando ao final do estudo, sentimos a necessidade de manipular indicadores que contivessem vários fatores relativos à família e permitissem uma interrelação com os fatores ambientais, de tal maneira, que através da análise da família, pudéssemos definir a saúde dos indivíduos e da comunidade. Possivelmente, segundo os especialistas da OMS (OMS, 1971), passará muito tempo, antes de que contemos com es-

te tipo de indicador.

c. Indicadores de Saúde e Tamanho da Amostra.

Pela limitação de recursos, no presente trabalho, fomos obrigados a optar por uma amostra de discreto tamanho. Observando, porém, as Tabelas 50, 51, 56 e 57, entre os diagnósticos, constatamos, a existência de algumas condições de morbidade que, não somente apresentam baixa freqüência, como também, o erro padrão das taxas correspondentes a tais casos, sugerem que o tamanho da nossa amostra, deveria ter sido maior. Esta constatação nos leva a concluir que possivelmente tenhamos incorrido numa falha metodológica; entretanto, tal situação deriva:

1 - Da possibilidade, como ficou estabelecido no Capítulo III deste trabalho, de existirem no universo da população, condições não evidenciáveis, através de um inquérito de morbidade de prevalência instantânea, devido a sua baixa freqüência.

2 - Da carência de parâmetros utilizáveis em estudos de morbidade em pessoas supostamente sadias, o que impede um melhor cálculo amostral.

3 - Do fato de aceitarmos tal possibilidade de erro, desde que este estudo, se constitui num inquérito experimental de métodos e técnicas.

C - SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO

A documentação apresentada permite-nos esquematizar a situação de saúde das pessoas examinadas da seguinte maneira:

À luz dos indicadores ambientais, comprovamos condições desvantajosas de trabalho, deficiente situação econômica, carência alimentar, insuficiente educação, inadequada moradia e ausência de expansão física e espiritual.

Os indicadores individuais acusam elevadas taxas de morbidade, tanto de pessoas como de doenças e através do conceito de dano, evidenciamos ineficiência, ou mesmo, carência de

atendimento médico preventivo e curativo.

Uns e outros indicadores permite-nos estabelecer o círculo vicioso da pobreza e da doença, conforme a interpretação de HORTWITZ apud SONIS (1964); é possível então concluir que o estado de saúde deste grupo de pessoas é acentuadamente precário ou deficiente.

Corolário do diagnóstico.

Os problemas de saúde evidenciados em inquéritos de morbilidade, mesmo que circunscritos e experimentais de metodologia, como é o presente estudo, proporcionam subsídios que permitirão melhores programações de saúde preventiva e curativa. Estes subsídios deverão ser aproveitados pelos educadores médicos a fim de racionalizar os currículos de ensino profissional e sub-profissional, pois nestes, os problemas de saúde, mais frequentes no seio das comunidades, deverão ser abordados com prioridade; ademais, o equacionamento das soluções, especialmente, das que se referem à prática profissional, deverá estar em função de uma realidade e não alicerçado em fatos raros, interessantes e úteis somente para uma parcela da comunidade.

Aceitamos a necessidade e até mesmo, a importância de superarmos etapas para alcançar um lugar de vanguarda no campo da ciência médica; porém, não achamos racional, entrarmos na rotina de atividades ultraespecializadas, como é a prática dos transplantes, para os quais enormes esforços e substanciais recursos são dedicados, quando todavia não conseguimos normalizar o atendimento à crescente demanda de serviços médicos, nem cogitamos como enfrentar uma necessidade, também crescente.

Um atendimento médico, visando à satisfação de uma demanda ostensiva, para uma população carente dos mais elementares recursos, é algo que fere frontalmente, as finalidades precípua da medicina.

Antes que fomentarmos um exercício profissional sofisticado, impõe-se a organização do ensino médico e paramédico, em função da problemática de saúde mais freqüente da comunidade. Ante tais circunstâncias, espera-se que a Universidade propicie a pesquisa dessas situações e participe ativamente na solução dos problemas evidenciados.

CONCLUSÕES

A - QUANTO AO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.

À luz dos indicadores de saúde, individual e ambiental, nos é dado concluir que:

1 - O estado de saúde da população estudada, é acen-
tuadamente precário e as condições de morbidade diagnosticadas
mais freqüentes: desnutrição, parasitismo intestinal e doenças
transmissíveis em geral etc., correspondem àquelas das regiões
subdesenvolvidas.

2 - Os recursos desta população para custear sua ne-
cessidade (percebida ou não) de atendimento médico, parecem ser
mínimos. É o que deduzimos da análise do gradiente de patogeni-
cidade e dos valores de hierarquização, obtidos através do con-
ceito de dano.

B - QUANTO À METODOLOGIA.

a. Conceituação:

1 - Dada a complexidade e o número de variáveis en-
volvidas no assunto, não nos foi possível encontrar definição
clara e precisa sobre saúde. Conseqüentemente, tivemos que op-
tar por uma conceituação eminentemente operacional e pragmática,
através da ausência de doença, cogitamos da possível exis-
tência de saúde.

2 - Quanto à doença, não encontramos na literatura,
uniformidade de conceituação. Os parâmetros, geralmente utiliza-
dos para o seu reconhecimento, carecem de padronização. Para de-
fini-la adotamos o critério da sua manifestação, avaliada atra-
vés de parâmetros propostos por organismos internacionais.

3 - Em decorrência destes fatos, o diagnóstico de
doença e especialmente, o de saúde, possuem acentuado grau de
relatividade, o que dificulta em muito, a comparação de resulta-
dos das casuísticas de morbidade.

4 - Torna-se necessária e imprescindível a normali-
zação de métodos e técnicas de diagnóstico, de maneira a permi-

tir sua universal aplicação.

5 - A uniformidade da distribuição por nós observada, em relação à percepção das manifestações da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório, em todas as variáveis consideradas de idade, sexo e cor, possibilitou o estabelecimento de um gradiente de patogenicidade.

6 - Este gradiente de patogenicidade é a resultante de metodologia por nós idealizada e posta em prática neste estudo. Consiste na quantificação e representação gráfica do importante conceito do "horizonte clínico". Prevemos que, esta metodologia contribuirá à comparação de técnicas de diagnóstico, permitindo assim, uma padronização das mesmas; no planejamento de saúde avaliará além da demanda, a necessidade de atendimento médico e, no ensino da clínica, dará uma perspectiva do sublinhar patogênico.

b. Indicadores de saúde.

1 - Com exceção das casuísticas dos inquéritos gerais de morbidade de Urabá e Nacional da Colômbia, que foram estudos de prevalência instantânea, não conseguimos fazer comparações diretas, com outros inquéritos de morbidade, devido às diferenças de conceituação, metodologia e técnicas adotadas.

2 - Os resultados dos inquéritos de morbidade para serem comparáveis, deverão ser expressados, sempre, em unidades de pessoa e de doença.

3 - Para tornar mais viável esta pretensa comparação, mister se faz o estudo de novas unidades que, simultaneamente e sob vários ângulos meçam a ampla dimensão da morbidade. Tomando por base a conceituação de dano e relacionando os fatores: categoria da doença, extensão, magnitude, transcendência, risco, gravidade, patogenicidade e vulnerabilidade da mesma, segundo a perspectiva do Gráfico 21, estes objetivos serão alcançados.

4 - No mesmo sentido da comparabilidade de casuísticas, necessário se faz idealizar indicadores que caracterizam

a problemática da saúde do núcleo familiar, através dos quais, as deduções sobre os sucessos individuais e as inferências sobre os problemas ambientais sejam factíveis.

5 - Os inquéritos gerais do Bairro Teixeira Mendes, em Salvador, Bahia, (SILVA, 1961), o Nacional e o de Urabá da Colômbia (ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS..., 1969a; ENCUESTA DE MORBILIDAD..., 1964), da mesma maneira que o nosso inquérito, evidenciaram problemas comuns. Comparando estas casuísticas com às dos inquéritos realizados na União Soviética, Europa, e Esta dos Unidos da América, (SANGELDIANT, 1959; ALEXANDROVA, 1960; LINDER, 1967; VAZEK, 1967; WEBER, 1967), nestes se constatarem mais freqüentemente, condições de morbidade relacionadas com a ocupação e com doenças de natureza não infecciosa; a desnutrição foi pouco prevalente.

6 - A comparação de taxas de algumas condições de morbidade, evidenciadas neste estudo: desnutrição, bócio, anemia ferropriva, parasitismo intestinal, diabetes mellitus, sífilis, doença de Chagas, toxoplasmose e leptospirose, com as correlatas de outros inquéritos, especialmente de caráter específico, apesar de difíceis, pela diferença de parâmetros adotados pelos vários autores, assim mesmo, oferecem maiores possibilidades de confrontação que os inquéritos gerais.

c. Procedimentos.

1 - Dadas as dificuldades havidas para a participação das famílias do "BJO" neste estudo de morbidade, achamos que a motivação das pessoas e das comunidades para aceitarem este tipo de pesquisa, é de primordial importância.

2 - Para incentivar e facilitar a realização de maior número de inquéritos de morbidade, torna-se necessário:

2.1. Compendiar os conhecimentos mais importantes sobre metodologia e técnicas de levantamentos de morbidade, para serem distribuídos amplamente, nos diferentes setores do campo médico. Faz-se também imprescindível, uma atualização bibliográfica e sua correspondente listagem, para oferecê-la aos pesquisadores.

2.2. Aumentar o recurso humano, para o planejamento e execução deste tipo de estudo. Isto implica adestramento intensificado de equipes de profissionais e técnicos.

2.3. Desenvolver métodos e técnicas simples e inócuas, que permitam examinar maior número de pessoas, visando economia de tempo, de esforço, de quantidade de material de amostras e também de custos. Isto é especialmente aplicável na pesquisa de sorocorpos ou de sangue em geral.

C - OUTROS DIMENSIONAMENTOS.

1 - A escassez de inquéritos de morbidade em nosso meio, especialmente de tipo geral, leva-nos a considerar que a pesquisa médica entre nós, deverá também estar orientada para a compreensão dos fenômenos elementares da saúde das nossas populações. Enquanto seja possível, é importante estabelecer padrões biológicos e antropométricos locais, regionais ou nacionais, que sirvam de base para sustentar uma ciência e um atendimento médicos autóctones.

2 - Somente através de inquéritos de morbidade por avaliação clínica, será possível conhecer a verdadeira demanda e necessidade de atenção médica. Portanto, para o planejamento de saúde, se faz imprescindível o subsídio oferecido por estes estudos.

3 - As pesquisas de morbidade, assim como outras que permitam conhecer uma realidade de saúde, deverão nortear a impreterível mudança de objetivos, métodos e técnicas do ensino médico.

4 - Os estudos de morbidade em pessoas aparentemente sadias, fornecem elementos preciosos para a compreensão das origens da saúde e da doença e também, das resultantes desta última. Isto permitirá uma racionalização dos sistemas e níveis de prevenção.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA *

- AHUMADA, J. et alii. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. (Documentos Cendes-OPS) Washington, DC., OPS/OMS, 1965. 77p. (Public. cient.111)
- ALBERTINI, J. M. O terceiro mundo. Mecanismos do subdesenvolvimento. [Les mecanismes du sou-development] São Paulo, Ed. Senzala, 1968. p.20-22.
- ALEXANDROVA, M. B. Certain problems concerning the methods employed in the elaborate study of morbidity in industrial workers. Santé public (Buc.), 4:307-312, 1960.
- AMATO NETO, V. et alii. Diagnóstico das parasitoses intestinais pelo exame de fezes. São Paulo, Fundo Editorial Prociensx, 1961. 122p.
- AMES COMPANY. Dextrostix. Prova para glicose no sangue em apenas 60 segundos. São Paulo, Divisão Laboratórios Miles do Brasil, Ltda. LAP.510. 6028, S.d.p. 4p.
- _____. Dextrostix. Instruções. São Paulo, Divisão Laboratórios Miles do Brasil, Ltda. 2801 ADP.R628, 1967a. 2p.
- _____. Labstix. Instruções. São Paulo, Divisão Laboratórios Miles do Brasil, Ltda. 2802 ADP. R647. 1967b. 2p.
- _____. New from Ames Labistix. Reagent strips. 5 basic ura-analytical facts in 30 seconds. Division Miles Laboratories, Inc. Elkhart, Indiana, U.S.A. A-062R6125, S.d.p. 8p.
- ANDERSON, G. W. et alii. Control de enfermedades transmissibles. Para personal de Salud Pública. [Communicable disease control] 4.ed. México, Ed. Interamericana, 1965. p.12-16.

* Como norma foi adotada a PNB-66, 1970 da AENT.

- ARMIJO, R. R. Curso de epidemiología. 2.ed. Santiago, Chile, Ed. Univ. de Chile, 1964. p.17-22.
- ASCOFAME. Introducción a la dinámica de población. Información demográfica básica. [Teaching population dynamics] Bogotá, Colombia, Ed. Antares-Tercer Mundo, S.d.p. p.21.
- AZEVEDO, J. F. & ROMBERT, P. C. O diagnóstico pela imuno-fluorescência. Sua aplicação em parasitologia. R. Inst. Med. Trop., São Paulo, 6(1):35-45, 1964.
- BADGLEY, R. F. Enfermedades y servicios de salud en Colombia. Implicaciones para la planeación de la salud. Ciencias sociales y planificación de la salud. Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Fundación Milbank Memorial, 46(2):153-174, 1968.
- BALDÓ, J. I. El problema de la tuberculosis en las Américas. Washington, DC., OPS/OMS, 1965. p.22-49. (Public. cient. 112). Bol. Ofic. Sanit. Panamer. 58(1):37-65, 1965.
- BALDÓ, J. I. et alii. Tuberculosis rural en Venezuela. Washington, DC., OPS/OMS, 1965. p.51-67. (Public. cient. 112).
- BARRIOS, Z. M. Fuentes de datos biodemográficos. Conferencia Panamericana sobre Enseñanza de la Demografía en las Facultades de Medicina. FEPAFEM, Bogotá, Ed. Antares-Tercer Mundo, 1968. p.93-98.
- BARROS, J. M. Contribuição para o estudo do problema da sífilis na capital de São Paulo. São Paulo, 1948. 123p. Tese (Doutoramento) - Fac. Higiene e Saúde Pública da USP.
- BARUZZI, R. G. Contribuição para o estudo epidemiológico da toxoplasmose. Levantamento sorológico em Índios do Alto Xingu. Brasil Central. São Paulo, 1968. 59p. Tese (Doutoramento) - Escola Paulista de Medicina.

- BARUZZI, R. G. & AMATO NETO, V. Inquérito sorológico sumário para toxoplasmose entre Índios do Parque Nacional do Xingú. R.Inst.Med.Trop., São Paulo, 8:277-80, 1966.
- BARUZZI, R. G. & IUNES, M. Levantamento das condições de saúde das tribos indígenas do Alto Xingú. Aplicação de medidas médico-profiláticas para sua preservação. Parque Nacional do Xingú-Brasil Central. [São Paulo] Escola Paulista de Medicina, MEC, Depto. e Inst. de Med.Preventiva, 1970. 17p.
- BAUMANN, T. H. Diagnóstico precoce de la tuberculosis. R.de Inf. Terapêutica Bayer, 33(2):34-38, 1960.
- BEHM, R. H. Mortalidad infantil y nivel de vida. Santiago, Universidad de Chile, 1962. p.33-34.
- BEIGUELMAN, B. Hereditariedade e lepra. São Paulo, 1969. p.92-103. Tese (Docência-livre de Genética) - Depto. de Genética. Campinas, UNICAMP.
- BEIGUELMAN, B. & QUAGLIATO, R. Sobre a reação de Mitsuda. R.Bras. de Leprol., 30(1-4):39-46, 1964.
- BERQUÓ, E. & MILANESI, M. Estatística vital. Disciplina integrante. Curso 1.1. Depto. Estatística aplicada, Fac. de Higiene e Saúde Pública, USP. 1965. 203p.
- BESSON, G. The Health Illness Spectrum. Amer. J. Med. Ass., 57(11):1901-5, 1967.
- BIER, O. Bacteriologia e imunologia em suas aplicações à medicina e à higiene. 12.ed. São Paulo, Ed. Melhoramentos, 1965. p.443-496.
- BIRAUD, Y. Estatística sanitária e estado sanitário do mundo. Anais Nestlé, nº 63:5-27, 1961.
- BLUM, R. H. The patients definition of illness. The management of the doctor-patient relationship. New York, McGraw-Hill, 1960. p.1-28.

- BRIDGE, E. M. Pedagogía médica. Washington, OPS/OMS, 1965. p.225-6. (Public. cient., 122).
- BRIGHTMAN, I. J. & HILLEBOE, H. E. The present status of tuberculosis control. Amer. J. Public Health, 52(5):749-758, 1962.
- BRITO, R. da S. Aspectos de nutrição humana do Estado do Pará. I Simpósio Brasileiro de Alimentação e Nutrição. Mimeografado. R.N. - C2, Campinas, julho de 1966. p.13-33.
- BROCKINGTON, F. La salud en el mundo. [World Health] Argentina, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1964. 403p.
- BROWN, W. J. Importancia y características epidemiológicas de las enfermedades venereas. Washington, DC., OPS/OMS, 1966. p.19-31. (Public. cient., 137).
- BULLA, A. Certaines modifications de la structure de la morbidité de la population dans la République Populaire Roumaine. Santé public. (Buc.), 3-4:291- , 1959.
- BURTON, B. F. Nutrición humana. Washington, DC., OPS/OMS, 1966. 617p. (Public. cient., 146).
- CABEZAS, A. et alii. El bocio endémico en los niños de las escuelas de El Salvador. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., Supl. 1:22-26, 1953.
- CAMARGO, M. E. Estado comparativo das reações de Sabin-Feldman e de Imnofluorescência indireta, para toxoplasmose em 1000 casos humanos. Comportamento anormal de alguns casos. R.do Inst."Adolpho Lutz", 24:1-26, 1964.
- _____. Diagnóstico de laboratório. In: AMATO NETO, V. & CAMPOS, R., Toxoplasmose: manual didático. São Paulo, Livr. Atheneu, 1965. p.85-102.
- CARVALHO, A. de, et alii. Ensaio de estudo médico social de comunidades rurais. I. A Aldeia Alentajana da Granja de Mourão. AGROS. 4(47):323-358, 1964.

- CARVALHO, J. D. de, & CRUZ, A. de O. Estudo do estado nutricional do escolar de Curitiba. R. Depto. de Saúde do Paraná, 1(1):50-70, 1951.
- CASTRO, A. F. P. et alii. Pesquisa de Aglutininas antileptos piraentre magarefes em alguns Municípios do Estado de São Paulo. R. Med. Trop. S. Paulo, 8:287-290, 1966.
- CERTAIN, D. A. et alii. Impregnação tuberculosa em menores de 14 anos, detectada pela prova tuberculínica, em duas áreas do Município de São Paulo. R. Saúde Pública, São Paulo, 5:51-58, 1971.
- CHAVES, M. Odontologia sanitária. Washington, DC., OPS/OMS, 1962. p.34-64. (Public. cient., 63).
- _____. Aplicação de conceitos de sistemas à saúde. Fundação Especializada de Saúde Pública. Departamento de Metodologia do Planejamento, nº 87, 1969. 7p. [Inédito. Apostila]. Mimeografado.
- COCHRAN, W. G. Técnicas de amostragem. [Sampling Techniques] São Paulo, Fundo de Cultura Econômica, 1965. 556p.
- COMPARISON OF TWO VISION testing devices. Vital and Health Statistics. Data evaluation and methods research. Washington, DC. National Center for Health Statistics, Series 2, nº 1, 1963. p.2-4.
- CONSORTE, J. G. Caracterização sócio-econômica e cultural da criança de favela. R. Bras. de Estudos Pedagógicos, 52 (115):83-98, 1969.
- CORREA, O. M. A. et alii. Inquérito sorológico para o diagnóstico da leptospirose entre lavradores de Arrozaia do Vale do Paraíba. R. Inst. "Adolpho Lutz", 14(1):33-37, 1954.

- CORREA, U. & HUGGINS, D. Incidência de parasitas intestinais em escolares de Recife. I. Colégio Padre Venâncio. apud R. Soc. Bras. de Med. Trop., 2(1):47, 1968a).
- _____. Incidência de parasitas intestinais em escolares de Recife. II. Colégio Vicente de Paulo. apud R. Soc. Bras. de Med. Trop. 2(1):47, 1968b.
- CORREDOR, A. A. Encuesta epidemiológica sobre enfermedad de Chagas, en la Vereda de Pizarreal, en el Norte de Santander, Colombia. Resultados de la encuesta serológica con la técnica de Fijación del Complemento del 50% de hemólisis segun Pedreira de Freitas. R. Fac. Med., Bogotá, 31(4):109-114, 1963.
- CORREDOR, A. A. et alii, Encuesta epidemiológica sobre tripanosomiasis en el caserio de "Rancho Grande" Municipio de Cúcuta, Norte de Santander. R. Fac. Med., Bogotá, 33(3): 93-96, 1965.
- CORTES, J. da F. Verminoses e protozooses em Vitória e seus arrabaldes. R. Bras. Med. 1(4):304-12, 1944.
- COSTA, D. Inquérito sobre a incidência de sinais de desnutrição em crianças escolares do Rio de Janeiro. Res. Clínico Cient., 8(1):406-414, 1944.
- COURA, J. R. et alii. O problema da doença de Chagas no Estado da Guanabara. O Hospital, (São Paulo) 69(5):125-133, 1966.
- CRUZ, J. et alii. Leptospirose em trabalhadores da rede de esgotos da Cidade de São Paulo. R. DAE. 74:77-80, 1969.
- DACIE, J. Y. & LEWIS, S. M. Hematología práctica. Barcelona, Ed. Toray, 1965. p.36-38.
- DAVIDSON, A. Levels of living. The health component. Preliminary Report. WHO. Study Group on the Measurement of levels of health. Working Paper, nº 1:1-17, 1955.

- DEANE, L. M., et alii. Inquérito de toxoplasmose e tripanosomíase realizado no Território do Amapá pela III Bandeira Científica do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" da Fac. Med. da USP. Rev. Med. (São Paulo), 47:1-12, 1963.
- DOCUMENTA GEIGY. Tablas científicas. 5.ed. Barcelona, SADAG, 1958. p.249-256.
- DOYLE, J. T. Committee on criteria for diagnosis of disease and clinical evaluation. Subcommittee on clinical evaluation of blood pressure measurement and ECG interpretation. Amer. J. Public. Health, 50(10):20-28, 1960.
- DRAPER, N. R. Applied regression analysis. New York, Wiley [1966], p.43-61.
- DUBOS, R. El hombre y su ambiente. El conocimiento biomédico y la acción social. Washington, DC., OPS/OMS, 1966. 20p (Public. cient. 131).
- DUN, H. L. & GILBERT, M. Public health begins in the family. Publ. Health Reports, 71(10):1102-1010, 1956. apud SWARCOB S. Estadística Sanitaria [Introduction to health Statistics] México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1964, 413p.
- ENCUESTA DE MORBILIDAD. Región de Urabá. Agosto 20-26 de 1964. Escuela e Salud Pública, Universidad de Antioquia. Departamento de Epidemiología y Estadística. Medellín, Colombia 1964. 158p.
- EPIFANIO, C. & ECHEGUE, G. Significado de las pérdidas económicas ocasionadas por la tuberculosis. Hoja fisiológica 4(2):134-63, 1944.
- ESTUDIOS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA.
Investigación nacional de morbilidad. Evaluación clínica. Forma B. Niños, 1964a. [Inédito]. 14p.

ESTUDIOS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA
EN COLOMBIA.

Investigación nacional de morbilidad. Evaluación clínica.
Forma A. Adultos, 1964b. [Inédito]. 14p.

_____. Investigación nacional de morbilidad. Manual de
Evaluación Clínica. 3. MINSALUD-ASCOFAME, Bogotá, DE.
1965a. 81p.

_____. Investigación nacional de morbilidad. Manual de
Evaluación Clínica. Médicos. MINSALUD-ASCOFAME, Bogotá,
DE. 1965b. 93p.

_____. Investigación nacional de morbilidad. Manual de
Evaluación Clínica. Odontología. MINSALUD-ASCOFAME,
Bogotá, DE. 1965c. 93p.

_____. Investigación nacional de morbilidad. Manual de
Evaluación Clínica. Auxiliar de Enfermería. MINSALUD-
ASCOFAME. Bogotá, DE. 1965d. 103p.

_____. Investigación nacional de morbilidad. Evaluación
Clínica. Forma EC-10. MINSALUD-ASCOFAME, 1965e. 22p.

_____. Investigación nacional de morbilidad. Normas de
operaciones de campo. Supervisor y administrador. República
de Colombia. MINSALUD-ASCOFAME. Bogotá, DE. 1966a.
163p.

_____. Investigación nacional de morbilidad. Manual de
entrevistas domiciliarias 2. República de Colombia.
MINSALUD-ASCOFAME, Bogotá, 1966b. p.1-99.

_____. Resultados preliminares de entrevistas domicilia-
res. Conferencia Internacional sobre Recursos Humanos para
la Salud y la Educación Médica. Maracay, Venezuela, 19-23
junio, 1967a. MINSALUD-ASCOFAME. 31p.

ESTUDIOS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA.

Estudio de los factores socio-económicos y la salud en Colombia. Documento presentado en la Conferencia Internacional de Recursos Humanos para la Salud... OPS, Maracay, Venezuela, 22 de junio 1967b. MINSALUD-ASCOFAME. (Mimeografiado). 37p.

_____. Hechos demográficos. Investigación nacional de morbilidad. Bogotá, DE. MINSALUD-ASCOFAME, 1968. p.67-69.

_____. Evidencia clínica. Investigación nacional de morbilidad. Bogotá, DE. MINSALUD-ASCOFAME, 1969a. 110p.

_____. Investigación de morbilidad. Parasitismo intestinal. Bogotá, DE. MINSALUD-ASCOFAME, 1969b. 62p.

_____. Métodos y resultados. Bogotá, DE. MINSALUD-ASCOFAME, 1969c. 225p.

FORTES, H. & PACHECO, G. Dicionário Médico. Brasil. Ed. Fábio M. de Mello, Rio de Janeiro, 1968. p.357.

FRANKEL, I. M. & CHAVES, M. D. Utilización de un método sencillo de encuesta, para la evaluación de la frecuencia de la carie dental, em 3009 niños brasileiros. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 40(5):383-399, 1956.

GALVÃO, L. A. A. Estudo epidemiológico sobre enteroparasitoses em Araraquara. São Paulo, 1953. 411p. Tese (Curso para Cátedra de Epidemiologia e Profilaxias Gerais e Especiais). Fac. Hig. e Saúde Pública da USP.

GANDRA, Y. R. Inquérito sobre o estado de nutrição de um grupo da população da cidade de São Paulo. I. Planejamento, padronização e organização; coletividade estudada. Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública de São Paulo. 8(2):193-216, 1954a.

GANDRA, Y. R. Inquérito sobre o estado de nutrição de um grupo da população da cidade de São Paulo. II. Investigações sobre a ocorrência de hipovitaminose A. Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública de São Paulo, 8(2):217-260, 1954b.

_____. Inquérito sobre o estado de nutrição de um grupo da população da cidade de São Paulo. III. Investigação sobre a ocorrência de hipovitaminose do complexo B (vitamina, riboflavina e niacina). Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública de São Paulo, 9(1-2):29-112, 1955.

_____. Inquérito sobre o estado de nutrição de um grupo da população da cidade de São Paulo. IV. Investigação sobre a ocorrência de deficiência de ácido ascórbico. Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública de São Paulo, 10(1-2):89-111, 1956a.

_____. Inquérito sobre o estado de nutrição de um grupo da população da cidade de São Paulo. V. Resultados das dosagens de proteínas totais, fosfatase e hemoglobina, das contagens de hemácias e dos exames de fezes. - Alguns análises clínicos gerais de desnutrição. Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública de São Paulo, 10(1-2):113-126, 1956b.

_____. Contribuição para o estudo do bócio endêmico no Estado de São Paulo. São Paulo, 1964. 200p. Tese (Cadeira de Nutrição) - Fac. Hig. e Saúde Pública da USP.

_____. O bócio endêmico no Estado de São Paulo. Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública de São Paulo, 20(2):167-181, 1966

_____. La anemia ferropénica en la población de América Latina y El Caribe. Bol. Ofic. Sanit. Panamer. 68(5):375-384, 1970.

GANDOLFO, F. Clínica de enfermedades infecciosas y su tratamiento. v.1, 3.ed. Ed. Ilustración Rio Platense, 1945. p.1-615.

- GARCIA, L. A. et alii. Parasitismo intestinal e intensidade de las helmintiasas adquiridas del suelo en las Comunidades de la Costa Norte Colombiana. [Mimeografado] S.d.p. 8p.
- GIFFORD, H. et alii. "Falsely negative enzyme paper test for urine glucose". J. Amer. Med. Ass., 178:423-424, 1961.
- GODOI, H. Condições climáticas em Campinas. Folha da Manhã (Assuntos Culturais), 21 Set. 1958. p.5.
- GOMES, O. J. & GARCIA, P. A. Lepra. Madrid, Ed. Paz Montalvo, 1953. p.56-81.
- GOMEZ, L. C. & LOSEE, G. J. La Muestra. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación en Colombia. Investigación Nacional de Morbilidad. Bogotá, DE., MINSALUD-ASCOFAME, 1968. p.11-12.
- GUIDI, M. L. M. & DUARTE, S. G. Um esquema de caracterização sócio-econômica. R. Bras. de Estudos Pedagógicos, 52(115): 65-82, 1969.
- GUIMARÃES, L. O. et alii. Métodos y critérios al aplicar índices epidemiológicos de enfermedades orales. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 65(3):210-219, 1968.
- GUSMÃO, H. A. Contribuição para o estudo do problema da tuberculose nas indústrias de São Paulo. São Paulo, 1948, 148p. Tese (Docência-Livre) - Fac. Hig. e Saúde Pública da USP.
- HADDAD, N. Inquérito epidemiológico sobre cardiopatias crônicas em um Bairro de Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil. Ribeirão Preto, SP. 1965. 86p. Tese (Docência-Livre) - Fac. Med. de Ribeirão Preto, USP.
- _____. Inquérito epidemiológico sobre moléstia de Chagas e sífilis em um Bairro de Ribeirão Preto. R. Inst. Med. Trop. São Paulo, 9:333-42, 1967.

HEALTH STATISTICS FROM THE U.S. NATIONAL HEALTH SURVEY. The Statistical design of the Health House Hold-Interview Survey. Washington, DC. U.S. Department of Health Education, and Welfare. Series A-2, 1958a. 40p.

_____. Concepts and definition in the Health House Hold-Interview Survey. Washington, DC. Department of Health Education and Welfare, Public Health Service, Series A-3, 1958b. p.11-12.

_____. A study of special purpose medical history techniques. Washington, DC. U.S. Department of Health Education and Welfare. Public Health Service, Serie D-1. 1960. 27p.

_____. Evaluation of single visit cardiovascular examination. Washington, DC. U.S. Department of Health Education and Welfare, Series D-7, 1961. p.13-15.

HAGENBUCH, W. Economia social. [Social Economics] Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1961. p.79-82.

HANLON, Jh. J. Principios de administración sanitaria. 2.ed. México. Prensa Médica Mexicana, 1963. 15p.

HIDALGO, J. L. de, & HIDALGO, R. R. Leptospirosis en el Gado y Matarifes de Tumbes, Peru. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 68(4):297-306, 1970.

HILL, B. Principios de Estadística. [Principles of Medical Statistics] 2.ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1958. p.13-14.

HILLEBOE, H. E. La tuberculosis en un mundo cambiante. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 51(6):515-25, 1961.

HILLEBOE, H. & LARIMORE, G. N. Medicina Preventiva. México, DF., Ed. Interamericana, 1962. p.333-338.

HILLMAN, R. W. & SMITH, H. S. Hemoglobin patterns in lowincome families. Public Health Reports, 83(1):61-67, 1968.

- HORTA, A. C. Diagnóstico clínico, laboratorial e imunológico da lepra. Ministério da Educação e Saúde, Serviço Nacional da Lepra. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1944. p.118-123.
- HORWITZ, A. La salud componente del desarrollo económico. Washington, DC. OPS/OMS, 1961. Public. varias, 66. p.16-17.
- HORWITZ, J. et alii. Epidemiología del alcoholismo en América Latina. Buenos Aires, Ed. Acta, 1967. p.17-20.
- HSU, K. H. K. et alii. Concepto actual de la Prueba tuberculínica. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 59(2):122-138, 1965.
- JAMRA, L. M. F. Contribuição para a epidemiologia da toxoplasmose. Inquérito em 100 famílias de uma área da cidade de São Paulo. São Paulo, 1964. 96p. Tese (Doutoramento) - Fac. Medicina da USP.
- JELLIFFE, D. B. Evaluación del estado de nutrición de la Comunidad (com especial referênciã a las encuestas en las regiones en desarrollo). Ginebra, OMS, 1968. 29lp. (Ser. de monog. 53).
- JOHNSON AND JOHNSON LABORATÓRIOS. Soro anti A, B Johnson's (Soro do Grupo O). São Paulo, Divisão Farmacêutica, S.d. 4p.
- KILPATRICK, G. S. Prevalence of anemia in the general population. A rural and an Industrial area compares. Brit.Med. J., 2:1736-38, 1961.
- LAIN ENTRALGO, P. I. 2. Concepto de salud y enfermedad. In: BALCELLS, G. A. et alii. Patologia general. - Etiologia y fisiopatologia. 3.ed. Barcelona, Toray, 1970. t.1. p.1-18.
- LAMB, G. A. & FELDMAN, H. A. A nationwide serum survey of Brazilian military recruits, 1964. III. Toxoplasma Dye Test antibodies. Amer. J. Epidemiol. 87(2):323-28, 1968a.

- LAMB, G. A. & FELDMAN, H. A. Risk in acquiring Toxoplasma antibodies. A study of 37 "Normal Families". JAMA, 206(6): 1305-6, 1968b.
- LAROCHE, V. La leptospirose humaine en Haiti. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 59(5):414-22, 1965.
- LAROCHE, Y. et alii. Quelques considerations sur la Brucelose en Haiti. Bol. Ofic. Sanit. Panamer. 45(5):383-390, 1966.
- LAST, J. M. & ADELAIDE, M. B. "The iceberg" completing the clinical picture in general practice. Lancet, 2(7297):28-31, 1963.
- LAST, J. M. The Lancet, 2:28, 1963. In: LOGAN, R. F. L. Necesidad de evaluar la morbilidad y los niveles de salud. Ginebra, OMS, 1967. (Cuad. Salud Pub., 27).. p.9-17.
- LEAVELL, H. R. & CLARK, G. Preventive medicine for the doctor and his community. 3.ed. New York, McGraw-Hill, 1965. p.16-38.
- LINDER, F. E. Encuestas sanitarias nacionales por interrogatorio. Washington, DC. OMS, 1967. (Cuad. Salud Pub. 27), p.83-118.
- LOGAN, W. P. Estadística de morbilidad procedente de los registros de los Médicos Generales de Inglaterra y Gales. Ginebra, OMS, 1967. (Cuad. Salud Pub. 27). p.168-172.
- LOPEZ BONILLA, J. Programación de las actividades para el control de la tuberculosis: objetivos, acciones, metas de operación. OPS/OMS, 1965. (Public. cient. 112). p.106-127.
- MACLACHLAN, Jh. M. Cultural factors in health and disease. In: GARTLY, J. E. Patients, Physicians and Illness. Source book in Behavioral Science and Medicine. Ed. The Free Press, New York, 1967. p.94-105.

- MAC LENNAN, R. et alii. Epidemiological aspects of endemic Goiter in Colombia. I.C.M.R.T. Tulane University University. Universidad de Valle. Progress Report, 1 March, 1967. p.122-128.
- MACMAHON, B. et alii. Metodos de epidemiologia. [Epidemiologic methods]. México, Prensa Médica Mexicana, 1965. 282p.
- MAGALDI, C. Contribuição à epidemiologia das leptospiroses. Investigação em trabalhadores da rede de esgotos da cidade de São Paulo, 1962. 114p. Tese (Doutoramento) - Fac. Med., USP.
- MAGALHÃES, A. et alii. Dicionário Enciclopédico Brasileiro Ilustrado IV. Brasil. Ed. Globo, Rio de Janeiro, 1964. p.3033.
- MAINLAND, R. Estadística médica. [Elementary medical statistics]. 2.ed. México. Ed. Interamericana, 1963. 379p.
- MARINESCU, V. & MURESEAN, P. Estudio de la morbilidad en la República de Rumania. Washington. DC., OMS, 1967. (Cuad. Salud Pub., 27). p.159-167.
- MASSOLA, V. C. Epidemiologia e transmissão da toxoplasmose. In: AMATO NETO, V. & CAMPOS, R. Toxoplasmose (Manual didático). São Paulo, Liv. Atheneu, 1965. p.19-27.
- MATHEN, K. K. Manual on sampling methods in Public Health Organization. Expert Committee on Sampling Methods in Morbidity Surveys and Public Health Investigation. HSM/WP/7.65, 1965. 65p.
- MECHANIC, D. and VOLKART, E. H. "Illness Behavior and Medical Diagnosis". J. Health and Human Behavior. 1:86-94, 1960.
- MECHANIC, D. Medical Sociology. A Selective View. The Free Press, New York, 1968. p.16-48.

- MEJIA, A. "Tercer seminario de epidemiologia clinica".
Buga, Colombia. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia. MINSALUD-ASCOPAME, 1967a. 43p.
- _____. Medida del nivel de salud en Colombia. Conferencia Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica. OPS, Maracay, Venezuela, 1967b. 15p. (Mimeografiado).
- _____. Medida del nivel de Salud en Colombia. Conferencia Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica. OPS/OMS, Maracay, Venezuela, 1967c. p.33-45.
- MILANESI, M. L. & LAURENTI, R. O estudo Interamericano de mortalidade em São Paulo. I. Estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da capital. R.Assoc. Med. Bras. 10(5/6):111-116, 1964.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Endemias rurais. Métodos de trabalho adotados pelo DNERu. Rio de Janeiro, 1968. p.44-56.
- MØLLER, H. et alii. BCG. Vaccination campaign in Aden Colony. Bull. WHO., 10:113-25, 1954.
- MORAES, I. R. Redação de Trabalho. In: MORAES, I. R. & CORREIA NETO, A. Metodização da pesquisa científica. São Paulo, Edigraf., Ed. USP. 1970. p.159-164.
- MORAES, N. L. A. Métodos para obtenção de dados de morbidade. R. Serv. Esp. Saúde Pública. 6:329, 1954.
- MOTTA, E. G. F. da,. Teste tuberculínico na prática de saúde pública. R. Divisão Nac. Tuberculose, 24(56):305-12, 1970.
- NAPIER, Jh. A. Field methods and response rates in the Tecumseh Community Health Study. Amer. J. Public Health., 52(2):208-216, 1962.

NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION. Normas para el diagnóstico y clasificación de la tuberculosis. Washington, OPS/OMS, 1965. 82p. (Public. cient., 97).

NEVES, J. S. et alii. A filtragem tuberculínica como fundamento de um programa de erradicação da tuberculose. R.Serv. Nac. Tuberculose, 6(21):175-81, 1962.

NEWELL, K. W. et alii. Heaf testing project in children. ICMRT. Tulane University. Universidad del Valle, Colombia. Marzo, 1964. p.33-41.

OMS. Conference sur les statistiques du morbidité. Partie I. Comité D'Experts des statistiques Sanitaires. Troisième Rapport. Ginebra, OMS, 1952. 60p. (Ser. Rapp. techn., 53).

_____. Comité de Expertos en Estadística Sanitaria. Quinto Informe. Ginebra, OMS, 1957a. 24p. (Ser. Inf. Téc. 133).

_____. Diagnóstico de la leptospirosis y tipificación de las leptospiras. Informe de un Grupo de Estudio. Ginebra, OMS, 1957b. 12p. (Ser. Inf. Téc. 113).

_____. Comité de Expertos en Estadística Sanitaria. Sexto Informe con inclusión del Tercer Informe del Subcomité de Estadística sobre Cáncer. Ginebra, OMS, 1959a. 47p. (Ser. Inf. Téc. 164).

_____. Hipertensión y cardiopatía coronaria. Clasificación y criterios para los estudios epidemiológicos. Primer Informe del Comité de Expertos en Enfermedad cardiovascular e hipertensión. Ginebra, OMS, 1959b. 31p. (Ser. Inf. Téc. 181).

_____. Encuestas inmunológicas y hematológicas. Informe de un Grupo de Estudio. Ginebra, OMS, 1959c. p.39. (Ser. Inf. Téc. 181).

- OMS. Anemia ferropénica. Informe de un Grupo de Estudio. Ginebra, OMS, 1959d. 20p. (Ser. Inf. Técn. 182).
- _____. Comité de Expertos en Lepra. Segundo Informe. Ginebra, OMS, 1960a. 30p. (Ser. Inf. Técn. 189).
- _____. Comité de Expertos en tuberculosis. Séptimo Informe. Ginebra, OMS, 1960b. 20p.. (Ser. Inf. Técn. 195).
- _____. Encuestas Sanitarias y de morbilidad: consideraciones generales. Comité de Expertos en Estadística Sanitaria. Séptimo Informe. Ginebra, OMS, 1961a. 31p. (Ser. Inf. Técn. 218).
- _____. Programa OMS/UNICEF de vacunación con BCG, 1951-1960. Cronica de la OMS, 15(8):313-19, 1961b.
- _____. Normas para la notificación de enfermedades y alteraciones dentales. Informes de un Comité de Expertos en Higiene Dental. Ginebra, OMS, 1962a. p.1-24. (Ser. Inf. Técn. 242).
- _____. Hipertensión y cardiopatía isquémica. Problemas de Prevención. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra, OMS, 1962b. 40p. (Ser. Inf. Técn. 261).
- _____. II Special Subject. Selected helminthics infections - Results of Surveys, 1950-1962. Epidem. Vital Statist. Rep. 16(5-6):355-442, 1963a.
- _____. Comité de Expertos en evaluación Médica del estado de nutrición. Informe. Ginebra, OMS, 1963b. 75p. (Ser. Inf. Técn. 258).
- _____. Comité de Expertos en Estadística Sanitaria. Octavo Informe. Ginebra, OMS, 1963c. 37p. (Ser. Inf. Técn. 261).
- _____. Helminthos transmitidos por el suelo. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en Helminthosis. Ginebra, OMS, 1964. 77p. (Ser. Inf. Técn. 277).

- OMS. Comité de Expertos sobre Brucelosis. Cuarto Informe. Ginebra, OMS, 1965a. 90p. (Ser. Inf. Técn. 289).
- _____. Diabetes sacarina. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra, OMS, 1965b. 44p. (Ser. Inf. Técn. 310).
- _____. Nutrición e infecciones. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. 1965c. 34p. (Ser. Inf. Técn. 314).
- _____. Comité de Expertos de la OMS en Lepra. Tercero Informe. Ginebra, OMS. 1966a. 34p. (Ser. Inf. Técn. 319).
- _____. Los métodos de muestreo en las encuestas sobre morbilidad y en las investigaciones sobre salud pública. Décimo Informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria. Ginebra, OMS, 1966b. 35p. (Ser. Inf. Técn. 336).
- _____. Estadísticas de morbilidad. 12º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria. Ginebra, OMS, 1968a. 32p. (Ser. Inf. Técn. 389).
- _____. Anemias nutricionales. Informes de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra, OMS, 1968b. p.1-39. (Ser. Inf. Técn. 405).
- _____. Las técnicas de laboratorio en la brucelosis, OMS, 1969a. Ser. de Monog., 55. 95p.
- _____. II Special Subjects - Tripanosomiasis in Africa and America. World Health Statist. Rep., 22(11):635-703, 1969b.
- _____. Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de Salud Pública. 14º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria. OMS, 1971. 43p. (Ser. Inf. Técn. 472).
- OPS. Discusiones Técnicas sobre el tema "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura. Bol.Ofic.Sanit.Panamer. 68(1):17-24, 1964a.

OPS. Epidemiología y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Washington, DC. 1964b. 31p. (Publ. cient., 105).

_____. Normas para el diagnóstico de la tuberculosis. Washington, DC. OPS/OMS, 1964c. 82p. (Publ. cient. 97).

_____. Informe final del Seminario Regional. Maracay, Venezuela, Dic. 1964. OPS/OMS, 1965a. p.71-79. (Publ. cient., 112).

_____. Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas. Washington, DC. OPS/OMS, 1965b. 56p. (Publ. cient., 114).

OPS/OMS. Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas. Washington, DC. 1966a. p.3-55. (Publ. cient., 135).

_____. Manual de reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis. Washington, DC. OPS/OMS, 1966b. p.91-98. (Publ. cient., 144).

_____. Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud. Cuarto Informe. Washington, DC. OPS/OMS, 1966c. p.8-9. (Publ. cient., 139).

_____. Las condiciones de salud en las Américas 1961-1964. Washington, DC. OPS/OMS, 1966d. 11p. (Publ. cient., 138).

_____. Estudio de Recursos Humanos para la Educación Médica en Colombia. I. Metodología. Conferencia Internacional sobre Recursos Humanos para Salud y Educación Médica en Colombia. Maracay, Venezuela, 19-23 de junio de 1967a. 27p.

_____. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. III. Trabajos e Informes de la Conferencia de Maracay. Conferencia Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia. Maracay, Venezuela, 13-23 de junio, 1967b. 43p.

- OPS/OMS. Actividad de nutrición en el nivel local de un servicio general de salud. Washington, DC. OPS/OMS. 1969a. p.17-20. (Publ. cient., 179).
- _____. Classificação Internacional de Doenças. Revisão de 1965. Vol. 1. Washington, DC. OPS/OMS. 1969b. 497p. (Publ. cient., 190).
- _____. Las condiciones de Salud en las Americas 1965-1968. Washington, DC. OPS/OMS, 1970a. 179p. (Publ. cient., 207).
- _____. Leptospirose en el Salvador, Bahia, Brasil. Inf. Epidemiol. Semanal, 42(26):146, 1970. apud Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 69(4):351. 1970b.
- PABON, A. et alii. Recursos institucionales para la atención médica en Colombia. OPS/OMS. Conferencia Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud y Educación. Maracay, Venezuela, 19-23 de junio de 1967. 43p.
- PADILLA, T. Semiología General. Biblioteca de Semiología, 3ª ed. Argentina. "El Ateneu", Buenos Aires, 1942. 17p.
- PAPANICOLAU, G. N. & STRAUT, H. F. Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear. New York, The Commonwealth Foundation, 1943. p.3-5.
- PASCUA, M. Metodología bioestadística para médicos y oficiales sanitários. Madrid. Paz Montalvo, 1965. 627p.
- PERRONE, O. Elaboração de Trabalhos científicos. Rio de Janeiro, GB., 1968. 9p.
- PESSOA, S. B. Considerações sobre verminoses no Nordeste Brasileiro. R. Inst. Med. Trop. de São Paulo, 1:57-80, 1959.
- PESSOA, S. B. et alii. Nota sobre incidência de parasitas intestinais em zonas urbana e rural do Estado da Paraíba. Anais da Fac. Med. Paraíba, 1956. p.2-5.

PINHO, E. Amostragem. Disciplina subordinada. Curso 3.1. Departamento de Estatística Aplicada. Fac. de Higiene e Saúde Pública, USP. 1965. p.2-5.

_____. Plano de amostragem utilizado no estudo de reprodução humana no Instituto de São Paulo. R. Saúde Pública, São Paulo. 2(1):10-22, 1968.

PRATA, A. et alii. Incidência de brucelose humana na Bahia. O Hospital, São Paulo, 69(2):263-270, 1966.

PROVA TUBERCULÍNICA. Instruções elaboradas pela Comissão Técnica da "Campanha Nacional contra a Tuberculose" (SNT), consoante a experiência da OMS, destinado à execução da prova tuberculínica "Standart" em dose única, para fins de Saúde Pública. Publicação avulsa. S.d.p. 2p.

PROVA TUBERCULÍNICA EM SAÚDE PÚBLICA. (2ª recomendação). Trabalho elaborado pela Comissão Técnica da "Campanha Nacional contra a Tuberculose" que substitui o anteriormente publicado na R. Serv. Nac. de Tuberculose, 5:389, 1961. [Mimeografado] S.d.p. 12p.

PUFFER, R. R. & GRIFFITH, G. W. Características de la mortalidade urbana. Washington, DC. OPS/OMS, 1968. (Publ. cient., 151). p.25-36.

PUGLIESE, C. et alii. Plano de desenvolvimento comunitário do Nordeste de Amaralina (Município de Salvador). I. Inquérito de Saúde. ABEM. Anais do Seminário: "A Saúde da Comunidade: a Estatística como instrumento de trabalho". Manquinhos, GB. 19 a 22 de agosto de 1969. p.55-109.

PUIGDOLLERS, J. M. & GUMMA, J. 2. Exploración General. In: BALCELLS, G. A. et alii. Patología Geral. II Fisiopatología y Propedeutica Clínica. 3ª Ed. España. Toray S.A., Barcelona, 1970. 104p.

- PUSHONG, E. et alii. Investigación epidemiológica de la prevalência de la enfermedad de Chagas. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 56(4):357-67, 1964.
- RAMOS, R. Indicadores de nível de saúde; sua aplicação no Município de São Paulo (1894-1959). São Paulo, 1962. 136p. Tese (Doutoramento), Fac. Hig. e Saúde Pública da USP.
- REAÇÃO E FIXAÇÃO do complemento para a doença de Chagas. Técnica de Kolmer, Modificada. [Cópia mimeografada], S.d.p. 5p.
- REACIÓ N A LA TUBERCULINA asociada con infección tuberculose. Amer. Review Respiratory Diseases. 87:493, 1963. apud Bol. Ofic. Sanit. Panamer. 56(4):374-75, 1964.
- RECENSEAMENTO GERAL DO BAIRRO JARDIM DOS OLIVEIRAS. Instruções aos recenseadores. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Fac. Med. UNICAMP, 1966. Inédito [Mimeografado] 4p.
- RECOMMENDATIONS FOR human blood pressure determinatives by sphygmomanometers. Amer. Hearth Ass. EM. 34, 12-61 - 5M, nº 99104. Printed in U.S.A. 1951. (Publicação avulsa). 16p.
- ROSE, G. A. & BLACKBURN, H. Métodos de encuesta sobre enfermedades cardiovasculares. Ginebra, OPS, 1969. 204p. (Sér. monog., 56).
- ROSEN, G. The evolution of social medicine. In: FREEMAN, H. E., LEVINE, S. & REEDER, L. G. (editors). Handbook of medical sociology. New Jersey, Prentice-Hall, 1963. p.18-57.
- ROQUAYROL, M. Z. et alii. Focos esquistossomóticos potenciais. (I) Esquistossomose e outras enteroparasitoses no Vale do Curu - Ceará. R.Fac.Med.Univ.Ceará. 4:53-73, 1964.

- ROQUAYROL, M. Z. et alii. Enteroparasitoses e condições sócio-econômicas em área piloto do Município de Fortaleza. R. Fac. Med. Univ. Ceará, 5(2):77-86, 1965.
- ROUQUETTE, C. Use of sampling techniques in morbidity surveys and Public Health Investigation. "World Health Organization. Expert Committé on sampling methods in morbidity surveys in Public Health Investigation. HSM/WP/6.65, 1965. p.1-14.
- RUDEMAN, A. P. El papel del Epidemiólogo en la planificación del desarrollo económico. Washington, DC. OPS/OMS, 1966. 96p. (Publ. cient., 141).
- RUIZ, L. M. Citología vaginal endocervical y endometrial. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1967. p.212-221.
- RYLE, J. A. Changing discilines. Oxford University Press, London, 19p., 1948. apud HANLON, Jh. J. Princípios de administração sanitária. 2.ed. México, Prensa Médica Mexicana, 1963. 123p.
- SAHGELDIANT, A. E. General morbidity, based on request for medical assistance, and morbidity with temporary occupational disability of workers and employees in industrial enterprises. Santé public (Buc.) 3-4:293-306, 1959.
- SALGADO, A. de A. & PELLEGRINO, J. Distribuição geográfica: inquérito sorológico. In: CANÇADO, J. R. Doença de Chagas. Por um grupo de colaboradores especializados. Belo Horizonte, 1968. p.143-162.
- SAN MARTIN, H. Salud y enfermedad. 2.ed. México, Prensa Médica Mexicana, 1968. 813p.
- SANTOS, J. A. A. dos, Contribuição para o conhecimento da epidemiologia difteria no homem de São Paulo. São Paulo, 1963. 93p. Tese (Doutoramento) - Fac. Higiene da USP.

- SAYEN, M. A. Diagnóstico de saúde. Anais do seminário "A saúde da comunidade: a estatística como instrumento de trabalho". Manguinhos, CB. ABEM, agosto 1969. p.223-239.
- SCHMID, A. W. Glossário de Epidemiologia. Arq. Fac. Hig. e Saúde Pública. 10(Supl.), 1956. 20p.
- _____. Estudos sobre morbidade por várias causas no Município de São Paulo. R. Inst. Med. Trop. São Paulo. 1:3, 1959.
- _____. Contribuição para o conhecimento da Epidemiologia da febre tifóide através da pesquisa de portadores. São Paulo, 1966. 92p. Tese (Doutoramento) - Cátedra de Epidemiologia, Fac. Med. da USP.
- SCHNEIDER, K. Psicopatologia Clínica. [Klinische Psychopathologie]. São Paulo, Brasil. Ed. Mestre Jou, 1968. 30p.
- SCORZELLI, Jr., A. Dados de ocorrência de doenças. Coleta e crítica. R. Serv. Esp. Saúde Pública, 5:5, 1952.
- SCOTT, Ch. Problems of sampling household in Africa with special reference to morbidity and health survey. World Health Organization Expert Committee of sampling methods in morbidity surveys and Public Health Investigation, HSM/WP/3-65, 1965. p.1-26.
- SCRIMSHAW, N. S. Endemic Goiter in Latin America. Public Health Reports, 75:731-737, 1960.
- _____. Deficiência de Yodo. Ginebra, OMS, 1966a. p.199-202. (Publ. cient., 136).
- _____. Nutrición e infección. Ginebra, OPS, 1966b. p.69-74. (Publ. cient., 136).
- _____. La desnutrición proteica y las infecciones. Ginebra, OPS, 1966c. p.91-102. (Publ. cient., 136).

SCRIMSHAW, N. S. et alii. Interacciones de la nutrición y la infección. Cronica de la OMS, 23(8):400-405, 1969.

SEAL, S. C. Encuesta Sanitaria general e integrada en la India. Ginebra, OMS, 1967. p.173-191. (Cuad. Salud Públ., 27).

SELTZER, H. S. Rapid estimation of blood glucose concentration with test-tape. J. Amer. Med. Ass. 162:1234-7, 1956.

SELTZER, H. S. & LOVEAH, M. J. Improved in estimating concentrations of urinary glucose. J. Amer. Med. Ass. 167:1826-7, 1958.

SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO precoce de Câncer Ginecológico. Projeto Jardim dos Oliveiras. Modelo de história clínica, 1969. (Inédito). 4p.

SILVA, G. R. da., Índices de morbidade em um grupo de famílias na cidade de Salvador. Salvador, Bahia, 1961. 118p. Tese (Docência-Livre da Cadeira de Higiene) - Fac. Medicina Univ. da Bahia.

_____. Doença de Chagas em famílias de duas áreas da Cidade de Salvador, Bahia. Salvador, Bahia, 1966. 142p. Tese para Cátedra de Higiene e Medicina Preventiva da Fac. de Medicina da USP.

SILVA, G. R. da., & CASTILHO, E. A. de., Métodos em Medicina Preventiva. Método epidemiológico. São Paulo, Fac. Med. da USP. 1969. p.94-116.

SILVA, W. Piranema. Inquérito realizado de outubro de 1948 a janeiro de 1949 (Secção do Núcleo Agrícola de Sta. Cruz). Arq. Bras. de Nutrição, 8(6):1951.

_____. Diagnóstico da situação alimentar no Brasil. Produtos e Nutrição, 16/17:15-42, 1970.

- SIQUEIRA, Ph. de, Aspectos de nutrição em Minas Gerais.
I Simpósio Brasileiro de Alimentação e Nutrição. Mimeógrafo R.LCO-CI, Campinas, julho de 1965. 33p.
- SODA, T. Encuesta nacional de base sobre la Morbilidad en el Japon. Ginebra, OMS, 1967. p.192-208. (Cuad. Salud Públ., 27).
- SONIS, A. Salud, Medicina y desarrollo económico-social. Buenos Aires, Editorial Universitária, 1964. 284p.
- SOUZA LIMA, L. de, & SOUZA CAMPOS, N. Tratado de leprologia. Diagnóstico. 2.ed. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Saúde. Ser. Nac. da Lepra, 1944. v.3. p.70-84.
- STANBURY, J. B. Investigación sobre el bocio endémico en Latinoamérica. Cronica de la OMS, 24(12):597-612, 1970.
- SWAROOP, S. Estadística sanitária. [Introduction to health statistics] México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1964. 413p.
- SWAROOP, S., et alii. Los metodos estadísticos en la erradicación del paludismo. Ginebra, OMS, 1969. 165p. (Ser. monog., 51).
- SZEKIO, M. Inquéritos de morbilidade. Anais do Seminário "A Saúde da Comunidade, a estatística como instrumento de trabalho". ABEM, Manguinhos, GB. 19 a 22 de agosto, 1969. p.255-273.
- TAPIA, M. Formas anatomoclinicas, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. 2.ed. Lisboa, Livraria Luso-Espanhola, 1945. v.1. p.38.
- TAYLOR, I. Declaración de las enfermedades infecciosas en distintos países. OMS, Cuad. Salud Públ. 27:18-73, 1967.
- TÉCNICA DE medida da pressão arterial. Produtos Químicos Ciba S/A. Divisão de Documentação Médica 206733.A99SA. (Publicação avulsa, S.d.p.). 10p.

- TOBAR A., M. I. "Aspectos de la Lucha Anti-tuberculosa. Su Situación en Colombia". Trabajo presentado al Primer Concurso Nacional de Tisiología, patrocinado por la Sociedad Colombiana de Tisiología, Sept. 1956. 206p.
- _____. Consideraciones sobre índices tuberculínicos en Colombia. Instantaneas Médicas, 32-39, 1957.
- _____. Medicina de Comunidad en el Bairro Jardim dos Oliveiras, Município de Campinas. Estado de São Paulo, Brasil. Programa Med. Preventiva e Social, Fac. Ciências Méd. da UNICAMP, 1966-69. Documento mimeografiado y distribuido a los participantes del Seminário del Programa Milbank Faculty Fellowship, realizado en Brasília, Rio de Janeiro, Campinas e Ribeirão Preto, Brasil, entre 3 y 13 de junio de 1970, sobre el tema: "La Comunidad en la Educación Médica". 20p.
- _____. Informações correspondentes ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1969. ABEM, Anais do Seminário "A Saúde da Comunidade". A estatística como instrumento de trabalho. Manguinhos, GB. 19 a 22 de agosto de 1969. p.123-144.
- VAZEC, M. Datos sobre la morbilidad procedente de la practica médica. Ginebra, OMS, 1967. p.74-82. (Cuad. Salud Públ., 27).
- VIEIRA FILHO, J. et alii. Bócio endêmico em Goiânia. apud R. Soc. Bras. Med. Trop., 2(1):44, 1968.
- WALLS, K. W. et alii. Studies on the prevalence of antibodies to Toxoplasma Gondii. 1. U.S. Military Recruits. Amer. J. Epidemiol. 85(1):87-92, 1967.
- WALLS, K. W. KAGAN, I. Studies on the prevalence of antibodies to Toxoplasma Gondii. 2. Brazil. Amer. J. Epidemiol. 86(2):292-329, 1967.

- WEBER, A. Algunas características de la mortalidad y la morbilidad en Europa. OMS, 1967. (Cuad. Salud Públ., 27). p.140-158.
- WHITE, K. L. Patterns of medical practice. In: CLARK, D. W. & MacMAHON, B. Preventive Medicine. Boston, Ed. Little Brown, 1967. 854p.
- WILKERSON, H. L. C. & HEFTMANN, . Screening methods for blood glucose. J. Lab. and Clin. Med., 33(1):236-238, 1949.
- WILSON, D. Contribuição para o conhecimento de epidemiologia do Diabetes Mellitus. Aspectos de sua prevalência na cidade de Jarinu, Estado de São Paulo. São Paulo, 1964, Tese (Docência-Livre de Epidemiologia e Profilaxias gerais e especiais) - Fac. de Higiene da USP.
- _____. Contribuição para o conhecimento da Medicina Preventiva dos acidentes domésticos. Estudo epidemiológico em um subdistrito do Município de São Paulo, 1966. 101p. Tese (apresentada à Comissão julgadora para provimento do cargo de Professor Catedrático de Higiene e Medicina Preventiva) - Fac. Medicina da USP.
- WILSON, D. et alii. Estudos sobre provas de tolerância à glicose potencializada em reclusos da Penitenciária do Estado de São Paulo. Arg. Fac. Hig. São Paulo, 20(2):129-37, 1966.
- WILSON, J. M. G. & JUNGER, G. Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades. OMS. (Cuad. Salud Públ., 34:1-177, 1969).
- WINSLOW, C. E. A. Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud. Washington, DC. OPS/OMS, 1955. p.1. (Publ. cient., 16).
- WINTROBE, M. M. Hematología clínica. [Clinical hematology] México, Ed. Interamericana, 1948. p.213-14.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Measurement of health. Report of a study group. WHO. Techn. Rep. Ser. 137:1-29, 1957.
- WYLIE, Ch. M. The definition and measurement of health and disease. Public Health Rep. 85(2):100-104, 1970.
- XAVIER, C. A. M. Estudo da incidência de fraturas no Município de Ribeirão Preto. (Tese de Doutorado). apud R. Bras. de Pesq. Med. Biol., 4(4-5):357-58, 1971.
- ZHDANOV, V. Epidemiology. Moscou. Ed. Foreign Languages Publishing House, S.d.p.. 348p.

ÍNDICE DE TABELAS DO TEXTO

Pág.

1 - Número e distribuição das famílias em setores do "BJO"; segundo o levantamento de 1968 e da amostra do inquérito objeto deste estudo.	78
2 - Distribuição das famílias entrevistadas, segundo a sua proveniência dos diferentes setores do Bairro. Famílias excluídas e incluídas no estudo.	101
3 - Motivos alegados pelas famílias que não colaboraram com o Programa.	101
4 - Número de famílias entrevistadas e número de famílias participantes.	102
5 - Composição das famílias participantes do Estudo de Diagnóstico de Saúde. Membros das mesmas que não compareceram ao exame médico.	102
6 - Tipos de construção das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo do "BJO", 1966.	107
7 - Localização das habitações dentro dos lotes de terreno. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.	107
8 - Número de quartos por habitação. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO", 1966.	108
9 - Número de dormitórios por habitação. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO", 1966.	109
10 - Número de leitos por habitação. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO", 1966.	109
11 - Condições de arejamento, iluminação natural e insolação das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO", 1966.	110
12 - Tipos de piso das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO", 1966.	111
13 - Características do quintal das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.	111
14 - Abastecimento de água para o consumo domiciliar. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO", 1966. .	112
15 - Disposição dos dejetos. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo "BJO", 1966.	112
16 - Relações entre as fontes de água de abastecimento e as fossas das habitações. Censo "BJO", 1966.	114

17 - Características do chuveiro das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo "BJO", 1966.	114
18 - Instalação de luz elétrica nas habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo "BJO", 1966.	115
19 - Proporção de famílias que possuem aparelhos eletro-domésticos. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.	115
20 - Tratamento do lixo das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo "BJO", 1966.	116
21 - Condições de limpeza das habitações. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.	116
22 - Espécies de animais nas habitações, referidas pelos moradores. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.	117
23 - Distribuição etária, segundo sexo e cor. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969.	118
24 - Distribuição etária em anos. Censo do "BJO", 1966. ...	120
25 - Distribuição por sexo e cor. Censo do "BJO", 1966. ...	120
26 - Estado civil. Relação com a variável idade. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.	121
27 - Distribuição do Estado civil, segundo o Censo "BJO", 1966.	122
28 - Tipo de união conjugal, segundo o Censo "BJO", 1966 (somente os que têm ou tiveram alguma união).	122
29 - Religião professada pelos moradores, segundo o Censo do "BJO" de 1966.	123
30 - Alguns aspectos sobre Instrução dos moradores, segundo o Censo do "BJO" de 1966.	124
31 - Lugar de nascimento, segundo Regiões Fisiográficas e País Estrangeiro. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo do "BJO" 1966.	125
32 - Local de residência nos últimos 6 meses, segundo as Regiões Fisiográficas. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.	125
33 - População economicamente ativa, geral, por sexo e cor. Estudo de Diagnóstico de Saúde 1969. Censo do "BJO", 1966.	126
34 - Tipos de ocupação. Relação com a variável idade. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.	127

35 - Tipos de ocupação. Relação com as variáveis sexo e cor. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.	128
36 - Motivos referidos pelas pessoas para justificar a inatividade. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969.	130
37 - Renda mensal familiar "per capita". Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo do "BJO", 1966.	130
38 - Posse das habitações. Taxa mensal paga por amortização ou aluguel. Estudo de Diagnóstico de Saúde, 1969. Censo do "BJO", 1966.	131
39 - Proporção de famílias que possuem aparelhos eletrodomésticos (A.E.D.). Relação com a renda mensal familiar "per capita".	132
40 - Relação entre renda mensal familiar "per capita" e tipo de construção da casa.	133
41 - Higiene pessoal. Frequência do asseio corporal referida pelos examinados. Sua avaliação durante o exame físico.	133
42 - Higiene pessoal. Frequência do asseio buco-dentário, referida pelos examinados.	135
43 - Estado do asseio buco-dentário achado durante o exame estomatológico.	135
44 - Índice "C.P.O." em pessoas de 6 ou mais anos de idade.	136
45 - Índice "c.o.e." em pessoas de 12 ou menos anos de idade.	136
46 - Resultados da reação ao antígeno PPD.Rt23, segundo a Prova de MANTOUX, lida às 72 ou 96 horas. Relação com a variável idade.	138
47 - Resultados da reação ao antígeno PPD.Rt23, segundo a Prova de MANTOUX, lida às 72 ou 96 horas. Relação com as variáveis sexo e cor.	139
48 - Frequência média das condições de morbidade de prevalência instantânea por pessoa, diagnosticadas pela Clínica e pelo Laboratório. Relação com as variáveis idade, sexo e cor.	141
49 - Enumeração e codificação das condições de morbidade de prevalência instantânea, segundo Lista "C" da Classificação Internacional de Doenças. Revisão de 1965 (OPS/OMS, 1969).	142
50 - Taxas de morbidade de prevalência instantânea (%). Relação com a variável idade.	144

- 51 - Taxas de morbidade de prevalência instantânea (%). Relação com as variáveis sexo e cor. 146
- 52 - Número de pessoas examinadas, segundo as condições de morbidade diagnosticadas, base para o cálculo das taxas de prevalência instantânea. Relação com a variável idade. 148
- 53 - Número de pessoas examinadas, segundo as condições de morbidade diagnosticadas, base para o cálculo das taxas de prevalência instantânea. Relação com as variáveis sexo e cor. 149
- 54 - Primeiras dez condições de morbidade diagnosticadas, segundo os valores das taxas (%) de prevalência instantânea. Relação com a variável idade. 152
- 55 - Primeiras dez condições de morbidade diagnosticadas, segundo os valores das taxas (%) de prevalência instantânea. Relação com as variáveis sexo e cor. 153
- 56 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de prevalência instantânea agrupadas, segundo o critério de semilitude. Relação com a variável idade. 155
- 57 - Taxas (%) de morbidade de prevalência instantânea agrupada e seus erros padrão. Relação com a variável idade. 156
- 58 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas, agrupadas, segundo o critério de similitude. Relação com as variáveis sexo e cor. 157
- 59 - Taxas (%) de morbidade de prevalência instantânea agrupada, segundo o critério de similitude. Relação com as variáveis sexo e cor. 158
- 60 - Taxas (%) de morbidade de incidência no período de um mês. Relação com a variável idade. 163
- 61 - Taxas (%) de morbidade de incidência no período de um mês. Relação com as variáveis sexo e cor. 164
- 62 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de incidência no período de um mês, agrupadas, segundo o critério de similitude. Relação com a variável idade. 166
- 63 - Frequência proporcional e taxas (%) das condições de morbidade de incidência agrupadas, segundo o critério de similitude. Relação com as variáveis sexo e cor. .. 166
- 64 - Classificação e hierarquização das condições de prevalência instantânea de acordo com o conceito de dano. . 168

- 65 - Hierarquização das condições de morbidade de prevalência instantânea de acordo com o conceito de dano. 170
- 66 - Classificação e hierarquização, segundo o conceito de dano das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês. 171
- 67 - Hierarquização, segundo o conceito de dano das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês. 172
- 68 - Hierarquização das condições de morbidade de prevalência instantânea agrupada, segundo o conceito de dano.. 173
- 69 - Hierarquização das condições de morbidade de incidência agrupada, segundo o conceito de dano. 174
- 70 - Auto-avaliação do estado de saúde pelo paciente. Dado obtido durante a anamnese. Relação com as variáveis idade e sexo. 176
- 71 - Auto-avaliação do estado de saúde pelo paciente. Dado obtido durante a anamnese. Relação com as variáveis idade e cor. 177
- 72 - Avaliação e situação do estado de saúde dos examinados, determinadas pelo médico no começo do exame físico. .. 179
- 73 - Participação proporcional da clínica e do laboratório nos diagnósticos das condições de morbidade de prevalência instantânea. Relação com as variáveis sexo, cor e idade. 181
- 74 - Participação proporcional do paciente, do médico e do laboratório nos diagnósticos das condições de morbidade de prevalência instantânea. Relação com as variáveis sexo, cor e idade. 188
- 75 - Participação proporcional do paciente e do médico no diagnóstico das condições de morbidade de prevalência instantânea. Relação com as variáveis sexo, cor e idade. 191
- 76 - Participação proporcional do paciente e do médico no diagnóstico das condições de morbidade de incidência no período de um mês. Relação com as variáveis sexo, cor e idade. 192
- 77 - Participação proporcional de clínica e do laboratório nos diagnósticos das condições de morbidade instantânea correspondentes ao grupo das Doenças Transmissíveis. Relação com as variáveis sexo, cor e idade. 195

- 78 - Participação proporcional do paciente, do médico e do laboratório no diagnóstico das condições de morbidade de prevalência instantânea, agrupadas, segundo a similitude. Relação com a variável idade. 196
- 79 - Participação proporcional do paciente, do médico e do laboratório no diagnóstico das condições de morbidade de prevalência instantânea, agrupadas, segundo a similitude. Relação com as variáveis sexo e cor. 197
- 80 - Participação proporcional do paciente e do médico, no diagnóstico das condições de morbidade de incidência, agrupadas, segundo a similitude. Relação com a variável idade. 199
- 81 - Participação proporcional do paciente e do médico, no diagnóstico das condições de morbidade de incidência, agrupadas, segundo a similitude. Relação com as variáveis sexo e cor. 200
- 82 - Espectro de patogenicidade. Agrupamento das condições de morbidade de prevalência instantânea, segundo os diferentes gradientes sintomáticos. 215

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1 - Espectro da doença.	19
2 - Espectro da doença (dos portadores fugazes dos casos fatais).	19
3 - Conhecimento do estado de saúde pública das populações.	19
4 - O "Iceberg Clínico".	24
5 - Face oculta do "Iceberg Clínico".	24
6 - Esquema do atendimento médico à comunidade.	29
7 - Cobertura dos serviços de atenção médica na Colômbia, 1965.	29
8 - Atenção médica por médicos, hospitais e centros médicos universitários.	30
9 - Demanda de atenção médica, das doenças parasitárias intestinais, na Colômbia.	30
10 - Fases do descobrimento precoce das doenças.	39
11 - Modelo para a classificação de pessoas doentes, de acordo com o critério das manifestações, (área em branco) e com o critério das experiências (área sombreada).	43
12 - Município de Campinas, 1967.	73
13 - Bairro Jardim dos Oliveiras.	74
14 - Distribuição da amostra sistemática, do estudo de morbidade, nos setores da área de trabalhos práticos, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da (FCM-UEC), no Bairro Jardim dos Oliveiras, Campinas, E.S.P..	79
15 - Esquema modificado da História Natural da Doença.	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1 - Projeção do horizonte clínico das condições de morbidade de prevalência instantânea, diagnosticadas com o auxílio do laboratório, de acordo com as variáveis em conjunto de: sexo, cor e idade.	182
2 - Projeção do horizonte clínico das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas com o auxílio do laboratório e relacionadas com a idade.	183

3 -	Projeção do horizonte clínico das condições de morbida de de prevalência instantânea diagnosticadas com o au- xílio do laboratório e relacionada com as variáveis se- xo e cor.	184
4 -	Projeção do horizonte clínico das condições de morbida de de incidência em conjunto diagnosticadas com o auxí- lio do laboratório, de acordo com as variáveis sexo, cor e idade.	186
5 -	Projeção do horizonte clínico das condições de morbida de de incidência diagnosticadas com o auxílio do labo- ratório e relacionadas com as variáveis sexo, cor e i- dade.	187
6 -	Contribuição para o diagnóstico das condições de morbi- dade de prevalência instantânea, dada pelo paciente, pe- lo médico e pelo laboratório.	189
7 -	Contribuição para o diagnóstico das condições de morbi- dade de prevalência instantânea, dada pelo paciente e pelo médico. Relação com as variáveis sexo, cor e ida- de.	193
8 -	Expressão da doença de acordo com a percepção pelo pa- ciente, pelo médico e pelo laboratório em casos de diagnóstico clínico-laboratorial. Morbidade de incidên- cia. Relação com as variáveis sexo, cor e idade.	194
9 -	Expressão da doença de acordo com a percepção pelo pa- ciente e pelo médico em casos de diagnóstico clínico sem o auxílio do laboratório. Morbidade e incidência. Relação com as variáveis sexo, cor e idade.	194
10 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pe- lo laboratório das condições de morbidade de prevalên- cia instantânea, diagnosticadas nas pessoas examinadas em geral.	202
11 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pe- lo laboratório das condições de morbidade de prevalên- cia instantânea, diagnosticadas nas pessoas de 4 ou me- nos anos de idade.	203
12 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pe- lo laboratório das condições de morbidade de prevalên- cia instantânea, diagnosticadas nas pessoas de 5 a 14 anos de idade.	204
13 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pe- lo laboratório das condições de morbidade de prevalên- cia instantânea nas pessoas de 15 a 44 anos de idade..	205

14 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório das condições de morbilidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de 45 ou mais anos de idade.	206
15 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório das condições de morbilidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas do sexo masculino.	207
16 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório das condições de morbilidade de prevalência instantânea, diagnosticadas nas pessoas de sexo feminino.	208
17 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório das condições de morbilidade de prevalência instantânea, diagnosticadas nas pessoas de cor branca.	209
18 -	Projeção da percepção pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório das condições de morbilidade de prevalência instantânea, diagnosticadas nas pessoas de cor não branca.	210
19 -	Áreas que expressam graus de patogenicidade das condições de morbilidade de prevalência instantânea, segundo a percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório representados nos Gráficos de 10 a 18..	212
20 -	Pontos representativos da percepção pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório, das condições de incidência diagnosticadas nas pessoas em geral.	214
21 -	Dimensionamento da morbilidade.	230

ÍNDICE DE TABELAS DO APÊNDICE 4

	Pág.
I - Freqüência dos valores do peso corporal medido em Kg. Relação com a variável idade.	1
II - Freqüência dos valores do peso corporal medido em Kg. Relação com as variáveis sexo e cor.	2
III - Freqüência dos valores da altura corporal medida em cm. Relação com a variável idade.	3
IV - Freqüência dos valores da altura medida em cm. Relação com as variáveis sexo e cor.	4
V - Freqüência dos valores do pulso radial contado durante 1 min. Relação com a variável idade.	5
VI - Freqüência dos valores do pulso contado durante 1 min. Relação com as variáveis sexo e cor.	6
VII - Freqüência dos valores da temperatura corporal medida em graus centígrados. Relação com a variável idade.	7
VIII - Freqüência dos valores da temperatura corporal medida em graus centígrados. Relação com as variáveis sexo e cor.	8
IX - Freqüência dos valores da temperatura corporal medida em graus centígrados. Relação com as variáveis sexo e cor.	9
X - Freqüência dos valores da pressão arterial sistólica medida no braço direito e calculada em mm de mercúrio. Relação com a variável idade.	10
XI - Freqüência dos valores da pressão sistólica no braço direito e calculada em mm de mercúrio. Relação com as variáveis sexo e cor.	11
XII - Freqüência dos valores da pressão arterial diastólica medida no braço direito e calculada em mm de mercúrio. Relação com a variável idade.	12
XIII - Freqüência dos valores da pressão arterial diastólica medida no braço direito e calculada em mm de mercúrio. Relação com as variáveis sexo e cor. ...	13
XIX - Freqüência dos valores da acuidade visual do olho direito medida a 5 m. de distância. Relação com a variável idade.	14
XV - Freqüência dos valores da acuidade visual do olho esquerdo medida a 5 m. de distância. Relação com a variável idade.	15

XVI	- Freqüência dos valores da acuidade visual do olho direito medida a 5 m. de distância. Relação com as variáveis sexo e cor.	16
XVII	- Freqüência dos valores da acuidade visual do olho esquerdo medida a 5 m. de distância. Relação com as variáveis sexo e cor.	17
XVIII	- Valores do Índice de Cárie Dentária "c.o.e.". Relação com a variável idade.	18
XIX	- Freqüência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "c.o.e.". Relação com as variáveis sexo e cor.	19
XX	- Freqüência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "c.o.e.". Relação com as variáveis sexo e cor.	20
XXI	- Freqüência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "C.P.O.". Relação com a variável idade.	21
XXII	- Freqüência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "C.P.O.". Relação com as variáveis sexo e cor.	22
XXIII	- Freqüência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "C.P.O.". Relação com as variáveis sexo e cor.	23
XXIV	- Freqüência dos valores do Hematócrito (mm/100 ml. de sangue). Relação com a variável idade.	24
XXV	- Freqüência dos valores do Hematócrito (mm/100 ml. de sangue). Relação com as variáveis sexo e cor. .	25
XXVI	- Freqüência dos valores da Hemoglobina medida em gramas por 100 ml. de sangue. Relação com a variável idade.	26
XXVII	- Freqüência dos valores da Hemoglobina medida em gramas por 100 ml. de sangue. Relação com as variáveis sexo e cor.	27
XXVIII	- Freqüência dos valores da Glicemia pesquisada através do método "DEXTROSTIX" 90 minutos após a ingestão de Glicose. Relação com a variável idade.	28
XXIX	- Freqüência dos valores da Glicemia pesquisada através do método "DEXTROSTIX" 90 minutos após a ingestão de Glicose. Relação com as variáveis sexo e cor.	29
XXX	- Freqüência dos fatores ABO e Rh. Relação com a variável sexo.	30
XXXI	- Freqüência dos fatores ABO e Rh. Relação com a variável cor.	31

XXXII	- Resultados sorológicos para Sífilis, segundo a Reação de Aglutinação VDRL. Relação com a variável idade.	32
XXXIII	- Resultados sorológicos para Sífilis, segundo a Reação de Aglutinação VDRL. Relação com as variáveis sexo e cor.	33
XXXIV	- Resultados sorológicos para Doença de Chagas, segundo a Reação de Fixação do Complemento (Técnica de KOLMER modificada por BARRACHINI). Relação com a variável idade.	34
XXXV	- Resultados sorológicos para Doença de Chagas, segundo a Reação de Fixação do Complemento (Técnica de KOLMER modificada por BARRACHINI). Relação com as variáveis sexo e cor.	35
XXXVI	- Resultados sorológicos para Toxoplasmose, segundo a Reação de Imunofluorescência Indireta. Relação com a variável idade.	36
XXXVII	- Resultados sorológicos para Toxoplasmose, segundo a Reação de Imunofluorescência Indireta. Relação com as variáveis sexo e cor.	37
XXXVIII	- Resultados sorológicos para Leptospirose, segundo a Reação de Aglutinação (BABUDIERI). Relação com a variável idade.	38
XXXIX	- Resultados sorológicos para Leptospirose, segundo a Reação de Aglutinação (BABUDIERI). Relação com as variáveis sexo e cor.	39
XL	- Resultados sorológicos para Brucelose, segundo a Reação de Aglutinação (WRIGHT). Relação com a variável idade.	40
XLI	- Resultados da reação ao antígeno Lepromina, segundo a Prova de MITSUDA-HAYASHI, lida às 3 ou 4 semanas. Relação com a variável idade.	41
XLII	- Resultados da reação ao antígeno Lepromina, segundo a Prova de MITSUDA-HAYASHI, lida às 3 ou 4 semanas. Relação com as variáveis sexo e cor.	42
XLIII	- Resultados da análise semi-quantitativa de sangue oculto, corpos cetônicos, proteínas, glicose e pH na urina, pelo método "LABSTIX".	43
XLIV	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre helmintos e a variável idade.	44

XLV	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre helmintos e as variáveis sexo e cor.	45
XLVI	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre Protozoários e a variável idade.	46
XLVII	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre Protozoários e as variáveis sexo e cor.	47
XLVIII	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes. Número de parasitas infestantes por pessoa, segundo a variável idade.	48
XLIX	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes. Número de parasitas infestantes por pessoa, segundo as variáveis sexo e cor.	49
L	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes. Número de parasitas infestantes por pessoa, segundo as variáveis sexo e cor.	50
LI	- Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método da fita de GRAHN.	51
LII	- Resultados das culturas para pesquisa de Enterobactérias em amostras obtidas diretamente da região ano-retal com dispositivo especial (1ª amostra), e de fezes (2ª e 3ª amostras).	52
LIII	- Frequência das condições de morbidade de prevalência diagnosticadas nas pessoas em geral. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	53
LIV	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas com 4 ou menos anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	55
LV	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de 5 a 14 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	56
LVI	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de 15 a 44 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	58
DVII	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de 45 ou mais anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	60

LVIII	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas do sexo masculino. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	62
LIX	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas do sexo feminino. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	64
LX	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de cor branca. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	66
LXI	- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de cor não branca. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	68
LXII	- Frequência das condições de morbidade de incidência geral, diagnosticadas no período de um mês. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	70
LXIII	- Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 4 ou menos anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	71
LXIV	- Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 5 a 14 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório. ...	72
LXV	- Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 15 a 44 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório. ...	73
LXVI	- Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 45 ou mais anos de idade. Percepção de doença pelo paciente e pelo médico.	74
LXVII	- Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas do sexo masculino. Percepção de doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	75
LXVIII	- Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas do sexo feminino. Percepção de doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.	76

- LXIX - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de cor branca. Percepção de doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório. 77
- LXX - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, em pessoas de cor não branca. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório. 78

MIGUEL IGNÁCIO TOBAR ACOSTA

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE EM MEMBROS DE UM GRUPO DE
FAMÍLIAS DO BAIRRO "JARDIM DOS OLIVEIRAS", MU-
NICÍPIO DE CAMPINAS, ESTADO DE SÃO PAULO

Comentários sobre aspectos metodológicos e téc-
nicos concernentes

II - APÊNDICES

Tese de Doutorado

Departamento de Medicina Preventi-
va e Social, Faculdade de Ciências
Médicas, Universidade Estadual de
Campinas.

Campinas, 1972

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS

Biblioteca Central

PROTÓCOLOS DE OBSERVAÇÃO
CLÍNICA - FORMULÁRIOS

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS

FACULDADE DE MEDICINA

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Pesquisa de Morbidade

Bairro Jardim dos Oliveiras - Campinas, E.S.P.

A v a l i a ç ã o C l í n i c a

Nº de Família e Ordem _____ / _____ História Nº _____

Questionário Nº _____ Setor: _____ Quadra: _____ Lotes: _____

Endereço: _____

Nome: _____

Data do Exame _____

II - ANTECEDENTES (Continuação...)

COD. COL.

11c	FAMILIARES (Cont. ...) Outros, descrever: (999999) (9999) (99) Não sabe informar. (000000) (0000) (00) Não se aplica.		
12a	PESSOAIS.-(Sòmente serão perguntados aos menores de 15 anos, sempre que o examinado esteja acompanhado de pessoa adulta responsável, de preferência a mãe: Itens 12a - 15.) GESTAÇÃO A gestação durou: (1) Nove meses. (2) Menos do que nove meses. (3) Mais do que nove meses. (4) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
12b	Se houver complicações durante a gestação, descrevê-las: (1000) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		
12c	Foi atendida por médico? : (1) Sim. () Não. Se não, quem a atendeu?: (0) Não se aplica.		
13a	PARTO: Se houve alguma complicação ou complicações durante o parto desta criança, descrevê-las: (1000) Não sabe informar. (0000) Não se aplica		
13b	Por quem foi atendido o parto?: (0) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
14a	Notaram na criança alguma alteração ou alterações ao nascer? Descrevê-las: (1000) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		
14b	Se a criança teve complicações ao nascer, foi atendida por médico?: (1) Sim. () Não. Se não, quem a atendeu?: (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
15	Quando a criança caminhou e falou pela primeira vez tinha: (1) Menos do que um ano? (2) Entre um ano e um ano e meio? (3) Mais do que um ano e meio? (9) Não sabe informar?		
16a	PATOLÓGICOS: TUBERCULOSE: Conviveu com doente de tuberculose?: (0) Não. Se sim, em que ambiente?: (1) Intrafamiliar. (2) Na Escola ou Colégio. (3) No trabalho. () Outros ambientes, descrever: (9) Não sabe informar.		
16b	Alguma vez fez Radiografia ou Abreugrafia dos pulmões? (0) Não. Se sim, sabe qual foi o resultado?: (1) Normal. (2) Duvidoso. (9) Não sabe.		
16c	Já esteve doente de tuberculose?: (0) Não esteve. Se sim, (1) Fez tratamento completo? (2) Não completou o tratamento? (3) Não fez nenhum tratamento. (9) Não sabe informar.		
c 2	Cartão Nº 2	2	
	Família Nº	História Nº	

II - ANTECEDENTES (Continuação...)

COD.

COL.

16d	Se já lhe aplicaram tuberculina (Reação de Mantoux) sabe qual o resultado?: (0) Não aplicou. (1) Aplicou e foi Positivo. (2) Aplicou e foi Negativo. (9) Aplicou, e não sabe informar.		
17	VENÉREAS.- (00) Não teve.- Já padeceu de: (01) Sífilis. (02) Gonorréia. (03) Linfogranuloma ("Mula"). (04) Cancro mole. (05) Nega-se a informar. (09) Já padeceu de venéreas e não sabe informar quais foram		
	Tendo padecido de doenças venéreas, fez tratamento?: (1) Não. Se sim, quem orientou o tratamento: (2) Médico. () Outros:		
18+	OUTRAS DOENÇAS OU PADECIMENTOS: SIM NÃO		
	() () Frios		
	() () Febres		
	() () Doença de São Guido		
	() () Reumatismo		
	() () Difteria		
	() () Sarampo		
	() () Caxumba		
	() () Tosse comprida		
	() () Varicela		
	() () Varíola		
	() () Diarréias, disenterias		
	() () Bronquite		
	() () Pneumonia		
	() () Asma		
	() () Urticária		
	() () Malária		
	() () Outras, Enumere-as:		
	() () A poeira lhe faz mal?- Se sim, descrever o que sente:		
	() () O ambiente do trabalho lhe faz mal?- Se sim descrever que lhe ocasiona:		
19+	TRAUMATISMOS.- Se houve traumatismos, anotar o tipo, as vezes e as causas:		
	(0000) Não se aplica.		
	(1000) Sim, houve e não sabe informar.		
20+	CIRÚRGICOS.- Se já foi operado, enumerar as vezes e as causas:		
	(0000) Não se aplica.		
	(1000) Foi operado, não sabe informar.		
21	ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO: (00) Não,- Se sim, foi por: (01) Jararaca? (02) Cascavél? (03) Aranha? (04) Escorpião? () Outros:		
	(99) Não sabe informar.		
	Fez algum tratamento (aplicou sôro)?: (1) Não. Se sim que tratamento? descrevê-lo:		
	(9) Fez tratamento e não sabe informar. (0) Não se aplica		

II - ANTECEDENTES (Continuação...)

COD. COL.

IMUNOLÓGICOS.-			
22a	Se já foi mordido por cachorro raivoso, fez algum tratamento (aplicou vacinas e/ou sôro)?: (9) Fez tratamento e não sabe informar. (0) Não se aplica.		
22b	SOROLOGIA: Não fez Posit. Negat. Duvid. Não sabe inf. Sífilis (0) (1) (2) (3) (9) Enf. Chagas (0) (1) (2) (3) (9)		
22c	Se já foi vacinado, enumerar contra que doenças: (99) Foi vacinado e não sabe informar. (00) Não se aplica.		
22d	Já aplicou sôro contra Difteria, Tétano ou outra doença? Descrever: (0) Não se aplica.		
23	HOSPITALIZAÇÕES.-		
	CAUSAS ANO		
c3-			
	(000000) Não hospitalizado. (100000) Hospitalizado, não sabe informar.		
	TOXICOMANIAS.-		
24a	TABAGISMO.- Fuma: (01) Cigarro. (02) Charuto. (03) Cachimbo. (04) Cigarro de palha. (00) Não fuma. (1) Atualmente não fuma, anteriormente já fumou. (0) Não se aplica Durante quanto tempo tem fumado?: (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica. Quantas vezes por dia?: (9) Não informa. (0) Não se aplica.		
24b	ALCOOLISMO.- Atualmente ingere bebidas alcoólicas?: (1) Diariamente. (2) Duas a quatro vezes por semana. (3) Uma vez por semana. (4) Esporadicamente. (9) Bebe e nega-se a informar. (0) Não bebe. (1) Atualmente não bebe, anteriormente já bebeu. (0) Não se aplica. Ingere ou ingeria bebidas destiladas, descrevê-las: (0) Não se aplica Nº de doses: (0) Não se aplica. Ingere ou ingeria bebidas fermentadas, descrevê-las: (0) Não se aplica. Nº de copos: (0) Não se aplica		
24c	ENTORPECENTES.- Atualmente ingere ou se injeta calmantes, tranqüilizantes ou narcóticos? (0) Não. Se sim: (1) Continuamente. (2) Frequentemente. (3) Raras vezes. (4) Nega-se a informar. (1) Atualmente não ingere e/ou não se injeta entorpecentes, porém anteriormente já o fez. (0) Não se aplica.		

II - ANTECEDENTES (Continuação...)

COD.

COL.

24c+	ENTORPECENTES (continuação...) Que tipo de entorpecentes? Enumere-os: (98) Nega-se a informar. (99) Não sabe informar. (00) Não se aplica. Durante quanto tempo tem ingerido e/ou se injetado entorpecentes?: (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica. Quem indicou ou recomendou o uso de entorpecentes? descrever: (9) Nega-se a informar. (0) Não se aplica.																																																																																
24d+	DROGOMANIA Ingere ou se aplica quaisquer remédios ou medicamentos? (diferentes do item 24c): (0) Não. Se sim: (1) Continuamente. (2) Frequentemente. (3) Raras vezes. (1) Atualmente não é drogomano, porém anteriormente já o foi. (0) Não se aplica. Que tipo de medicamentos? Enumere-os: (99) Não sabe informar. (00) Não se aplica. Há quanto tempo é drogomano?: (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica. Quem indica ou indicou, os medicamentos ingeridos ou injetados? Descrever: (9) Nega-se a informar. (0) Não se aplica.																																																																																
25	<u>HÁBITOS ALIMENTARES.-</u> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="219 1171 657 1308">Ingere</th> <th data-bbox="657 1171 803 1308">(1) 1 vez/ semana</th> <th data-bbox="803 1171 950 1308">(2) 2 vezes /semana</th> <th data-bbox="950 1171 1096 1308">(3) Diária</th> <th data-bbox="1096 1171 1242 1308">(0) Não ing.</th> <th data-bbox="1242 1171 1388 1308">(9) Não s/ Infor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Carne, vísceras</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ovos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Leite</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Queijo, manteiga</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Margarina</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Arroz e outros cereais</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Feijão e outras leguminosas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Batata, mandioca e outros tubérculos e raízes</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Açúcar (doces, biscoitos, guloseimas)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Frutas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Verduras</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Café, chá</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Ingere	(1) 1 vez/ semana	(2) 2 vezes /semana	(3) Diária	(0) Não ing.	(9) Não s/ Infor.	Carne, vísceras						Ovos						Leite						Queijo, manteiga						Margarina						Arroz e outros cereais						Feijão e outras leguminosas						Batata, mandioca e outros tubérculos e raízes						Açúcar (doces, biscoitos, guloseimas)						Frutas						Verduras						Café, chá							
Ingere	(1) 1 vez/ semana	(2) 2 vezes /semana	(3) Diária	(0) Não ing.	(9) Não s/ Infor.																																																																												
Carne, vísceras																																																																																	
Ovos																																																																																	
Leite																																																																																	
Queijo, manteiga																																																																																	
Margarina																																																																																	
Arroz e outros cereais																																																																																	
Feijão e outras leguminosas																																																																																	
Batata, mandioca e outros tubérculos e raízes																																																																																	
Açúcar (doces, biscoitos, guloseimas)																																																																																	
Frutas																																																																																	
Verduras																																																																																	
Café, chá																																																																																	
26a	<u>AMBIENTAIS</u> Conhece este bicho? (mostrar o triatoma) (1) Sim. (2) Não. Já morou em casa onde existisse esse "bicho"? (1) Sim. (2) Não. (0) Não se aplica.																																																																																

II - ANTECEDENTES (Continuação...)

COD. COL.

26a	AMBIENTAIS (continuação...) Já foi picado por esse "bicho"? (1) Sim. (2) Não. (0) Não sabe informar.		
26b	Alguma vez, após ter tomado banho em lagoa ou córrego, sentiu coceira pelo corpo?: (0) Não. (1) Sim. (9) Não sabe informar.		
	Poderia determinar em que área geográfica isso aconteceu?: (Para codificação, ver Ítem 9, página 1., desta História): Descrever como era o lugar: (99) Não sabe informar. (00) Não se aplica.		
27a	<u>HÁBITOS HIGIÊNICOS.-</u> Toma banho corporal: (1) Diariamente. (2) Em dias alternos. (3) Semanalmente. (4) Mensalmente. (0) Não		
27b	Escova os dentes?: (1) Não.- Se sim: (2) Diariamente. (3) Frequentemente. (4) Raras vezes. (0) Não se aplica.		
27c	Usa: (1) Sapatos. (2) Sandálias. (3) Chinelos. (0) Não usa, anda descalço.		
	Se usa sapatos, sandálias ou chinelos, o faz: (1) Continuamente. (2) Poucas vezes. (0) Não se aplica.		
27d	Tem roupa adequada e em suficiente quantidade para usar no inverno?: (0) Não tem. (1) Tem em pouca quantidade. (2) Tem em suficiente quantidade.		
27e	Consultou anteriormente o médico?: (0) Não.- Se sim: (1) Muitas vezes. (2) Poucas vezes.		
	Ficou satisfeito(a) com o atendimento dado pelo profissional quando das consultas?: (1) Sim.- Se não, poderia dizer os motivos? Descrevê-los: (0) Não se aplica		
	Quanto tempo faz que consultou o médico a última vez? (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
*C4	<u>III - DOENÇA ATUAL.-</u>		
1	Em geral como tem sido sua saúde até o momento? (1) Boa. (2) Deficiente. (3) Má. (9) Não sabe informar.		
2	Durante o último mês tem gozado de boa saúde? (1) Sim. (2) Não. (9) Não sabe informar.		
	Porque acha que não tem gozado de boa saúde durante o último mês? Descrever: (00) Não se aplica		
	Consultou algum médico por este motivo?: (1000) Não. Se sim, que disse o médico em relação à sua doença? Descrever: (9999) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		
	Se o médico prescreveu algum tratamento, descrevê-lo: (99) Não sabe informar. (00) Não se aplica		
3	Se padece algum impedimento físico, descrevê-lo: (9999) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		

III - DOENÇA ATUAL (Continuação...)

COD. COL.

3	Nasceu com este impedimento físico?: (1) Sim (2) Não. (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica. Se não nasceu com este impedimento físico, como o adquiriu? Descrever: (99) Não sabe informar. (00) Não se aplica.		
IV - REVISÃO POR SISTEMAS (ISDA).-			
1a	<u>SINTOMAS GERAIS:</u> SIM NÃO () () Fadiga () () Anorexia () () Palidez () () Edema generalizado () () Febre () () Calafrios () () Dor de cabeça () () Tonturas () () Enxaqueca () () Polidipsia () () Polifagia () () Sudoração noturna () () Perda exagerada de peso () () Aumento exagerado de peso + Em quanto tempo perdeu ou aumentou o peso? (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
2a	<u>OLHOS E VISÃO:</u> Diminuição da visão: (0) Não.- Se sim: (1) Para longe. (2) Para perto. (3) Para perto e para longe. (9) Não sabe informar.		
2b	Usa óculos?: (0) Não.- Se sim, por quem foram prescritos? Enumerar: (9) Não informa.		
2c	<u>SIM NÃO</u> () () Cegueira () () Fotopsias () () Miodesopias (9) Não sabe informar () () Dor nos olhos () () Conjuntivas congestionadas () () Inflamação palpebral (9) Não sabe informar () () Lacrimejamento () () Distingue a cor vermelha da verde (9) Não sabe informar () () Outros, descrever:		
3a	<u>OUVIDOS E AUDIÇÃO:</u> Tinnitus: (0) Não.- Se sim: (1) Baixos. (2) Agudos. (3) Pulsáteis (01) Contínua/. (02) Esporádica/. (03) Espontâneos. (04) Aos esforços. (00) Não se aplica.		
3b	Otalgia: (0) Não.- Se sim: (1) Somente uma vez. (2) Frequentemente. (3) Continuamente.		
3c	Otorréia: (0) Não.- Se sim: (1) Pus. (2) Sangue. (3) Líquido límpido. () Outros, descrever:		
3d	Ouve bem?: (1) Sim.- Se não, porque acha que não ouve bem? Descrever: (99) Não sabe informar.		

IV - REVISÃO POR SISTEMAS (Continuação...)

COD.

COL.

3c	OUVIDOS E AUDIÇÃO (continuação...) Há quanto tempo não ouve bem?: (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
+	Consultou o médico por este motivo? que disse ele que você tinha? Descrever: (9999) Consultou e não sabe informar (0000) Não se aplica		
3d	Usa aparelho auditivo?: (0) Não.- Se sim, que tipo ou marca? Descrever: (9) Não sabe informar.		
3e	Você se resfria frequentemente? (1) Sim. (2) Não. (9) Não sabe informar.		
4a	<u>NARIZ E OLFATO:</u> Corrimento pelo nariz: (0) Não.- Se sim: (1) Purulento. (2) Aquoso. (3) Mucoso. (4) Sangüinolento. (5) Muco-Purulento. (6) Muco-sangüinolento. (7) Mucoso-purulento-sangüinolento. (9) Não sabe informar. Em quantidade: (1) Escassa. (2) Moderada. (3) Abundante. (0) Não se aplica. (9) Não sabe informar. (1) Fossa nasal direita. (2) Fossa nasal esquerda. (3) Bilateral. (0) Não se aplica.		
4b	Epistaxis: (0) Não.- Se sim: (1) Somente uma vez. (2) Frequentemente. (3) Esporadicamente. (1) Pela Fossa nasal direita. (2) Pela Fossa nasal esquerda. (3) Bilateral. (0) Não se aplica.		
4c	Obstrução nasal: (0) Não.- Se sim: (1) F.n. Direita. (2) F.n. esquerda. (3) Bilateral. (1) Continuamente. (2) Frequentemente. (3) Raras vezes. (0) Não se aplica. Intensidade: (1) Discreta. (2) Moderada. (3) Intensa. (0) Não se aplica.		
4d	SIM NÃO () () Espirro () () Dores nas áreas sinusais.		
4e	() () Distingue bem os odores?. Se não, há quanto tempo? (9) Não sabe informar.		
4f	() () Outros, enumerar e descrever:		
5	<u>OROFARINGE:</u> SIM NÃO () () Sangramento fácil das gengivas () () Congestão das gengivas () () Supuração das gengivas () () Dientalgias () () Extração de dentes () Sim. () Não. ~~Mau hálito~~ () () "Sapinho" () () Ardor ou dor na língua () () Distingue bem os sabores básicos () () Inflamação freqüente do faringe. () () Tem notado crescimento das amígdalas () () Odinofagia (faríngea) () () Outros, descrever:		

IV - REVISÃO POR SISTEMAS (Continuação...)

COD. COL.

CARDIO-RESPIRATÓRIO.-			
SIM NÃO			
6a	() (0) Dispnea. Se sim: (1) Em repouso. (2) <u>l</u> odera dos esforços. (3) Grandes esforços.		
6b	() () Tolera o decúbito horizontal () () Cianose () () Rouquidão		
6c	() (0) Dor torácica, Se sim: (1) Tipo pleural. (2) Cardíaco. () Outros:		
6d	() () Chiadeira do peito () () Edema vespertino, membros inferiores () () Nictúria		
6e	() (0) Expectoração. Se sim: (1) Sangüinolenta. (2) Mucosa. (3) Purulenta.		
c5+			
6f	() (00) Tosse		
DIGESTIVO.-			
SIM NÃO			
7a	() () Mastiga bem os alimentos () () Disfagia () () Odinofagia (esofágica)		
7b	() (00) Vômitos.- Se sim: (1) Espontâneos. (2) Provocados (1) Tipo alimentar. (2) Bilioso. (3) C/sangue. (4) Fecalóide. (9) Não s/inf. (0) Não S/apl. (1) Sem relação com os alimentos. (2) Precoce. (3) Imediato. (4) Tardio. (0) Não se aplica. Outros, descrever:		
7c	() () Dores abdominais. Se sim, descrever que tipo:		
	() () Ruminação () () Regurgitação		
	() () Pirose () () Meteorismo		
	() () Icterícia () () Constipação intestinal () () Enterorragias		
	() () Melena () () Acolia () () Prolapso retal		
	() () Hemorróidas () () Prurido anal () () Dor anal ao defecar		
	() () Diarréias () () Puxo () () Tenesmo		
	() () Muco nas fezes () () Pus nas fezes () () Sangue nas fezes		
	() () Alimentos sem digerir nas fezes () () Gôtas de gordura nas fezes () () Vermes nas fezes		

IV - REVISÃO POR SISTEMAS (Continuação...)

COD.

COL.

7d	DIGESTIVO (Continuação...) Tem notado aparecimento de hernias: (00) Não.- se sim, descrever:		
	A hernia ou hernias lhe ocasionam algum incômodo? Descrever:		
	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
7e	Outros, descrever:		
8a	<u>NEUROMUSCULAR:</u> Perda do conhecimento: (0) Não.- Se sim: (1) Uma única vez. (2) Raras vezes. (3) Repetidamente. Há quanto tempo foi a última vez que perdeu o conhecimento?: (9) Não sabe inf. (0) Não se aplica.		
8b	<u>SIM NÃO</u> () () Tonturas () () Ausências () () Convulsões () () Paresias, paralisias () () Transtornos da marcha () () Transtornos do equilíbrio () () Vertigens () () Dores neuríticas () () Movimentos involuntários.- Se sim: (1) Tremores. () Outros, descrever: () (00) Outros, descrever:		
9a	<u>HEMOLINFÁTICO:</u> () (0) Adenopatias.- Se sim, em que territórios:		
9b	() () Petequias e/ou equimoses, ou hemorragias faciais em outros setores.		
9c	() () Outros, descrever:		
10a	<u>Extremidades.-</u> () (0) Edemas. Se sim: (1) Unilaterais. (2) Bilaterais		
10b	() () Dores articulares, sem outra manifestação () () Flogose das articulações () () Claudicação intermitente. () () Parestesias () () Acrocianose () () Câimbras		
10c	() () Varizes.- Se sim, descrever:		
10d	() () Outros, descrever:		
11a	<u>Pele e Mucosas.-</u> () () Nódulos () () Tumores () () Cicatrizes		

IV - REVISÃO POR SISTEMAS (Continuação...)

COD. COL.

11a	Pele e Mucosas (continuação...) SIM NÃO () () Ulcerações () () Dermatoses () () Piodermite		
11b	() () Palidez.- Se sim: (1) Acentuada. (2) Moderada. (3) Discreta. (9) Não sabe inf. () () Outros, descrever:		
12	<u>GENITO-URINÁRIO.-</u> Menarca aos _____ anos.- (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
13a	<u>CICLOS MENSTRUAIS.-</u> Intervalos entre cada menstruação: (1) Menos do que 20 dias. (2) Entre 20 e 26 dias. (3) Entre 26 e 30 dias. (4) Entre 30 e 40 dias. (5) Mais do que 40 dias. (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
13b	Duração das menstruações: (1) Menos do que 2 dias. (2) Entre 2 e 4 dias. (3) Entre 4 e 6 dias. (4) Mais do que 6 dias. (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
13c	Avaliação da quantidade da menstruação: (1) Usa menos do que 3 "modess" ou panos pouco empapados por dia. (2) Três a cinco, moderadamente empapados por dia. (3) Mais do que cinco, acentuadamente empapados por dia. (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
13d	Aspecto da menstruação: Apresenta-se com coágulos? (1) Não.- Se sim: (2) Escassa quantidade. (3) Moderada quantidade. (4) Grande quantidade. (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
13e	Sofre de tensão pré-menstrual: (1) Não.- Se sim, descrever sintomas: (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
13f	Dismenorréia: (01) Não. Se sim, descrever sintomas: (99) Não sabe informar. (00) Não se aplica.		
13g	Há quanto tempo foi a última menstruação? (9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
14a	<u>GESTAÇÕES.-</u> Nº de gestações: _____ (99) Não sabe informar. (00) Não se aplica.		
14b	Se houve complicações, descrevê-las: (9999) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		
06:			
15a	<u>PARTOS:</u> Nº de partos a termo: _____ (99) Não sabe informar (00) Não se aplica.		
15b	Se houve complicações, descrevê-las: (9999) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		
16a	<u>ABORTOS.-</u> Nº de abortos espontâneos: _____ (99) Não sabe informar (00) Não se aplica.		

IV - REVISÃO POR SISTEMAS (Continuação...)

COD. COL.

16a	GENITO-URINÁRIO (continuação...)		
	Se houve complicação ou complicações, descrevê-las:		
	(9999) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		
16b	Foi atendida por médico? (1) Sim.- Se não quem a atendeu?:		
	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
	Nº de abortos provocados: (99) Não sabe informar		
	(00) Não se aplica.		
	Se houve complicação ou complicações, descrevê-las:		
	(9999) Não sabe informar. (0000) Não se aplica.		
	Quem a atendeu durante as complicações? Descrever:		
17	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
	Por quem foram provocados os abortos?		
	(8) Nega-se a informar. (9) Não sabe informar.		
18	(0) Não se aplica.		
	METRORRAGIAS. (01) Não.- Se sim, descrever:		
	(99) Não sabe informar. (00) Não se aplica.		
	CORRIMENTO VAGINAL.: (01) Não.- Se sim: (02) Tem mau cheiro. (03) Mencha a roupa. (04) Causa prurido vaginal (05) Queimação da pele. () Outros:		
	(99) Não sabe informar. (00) Não se aplica.		
19a	(01) Mucoso. (02) Sangüinolento. (03) Leitoso.		
	(04) Amarelado. () Outros, descrever:		
	(99) Não sabe informar. (00) Não se aplica.		
	DÓRES GENITAIS ESPONTÂNEAS: (1) Não.- Se sim:		
	(2) Internas. (3) Externas. (4) Internas e externas.		
	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
	MAMAS.- O desenvolvimento começou aos _____ anos.		
	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
	Assimetria das mamas: (1) Não.- Se sim, fez algum tratamento? Descrevê-lo:		
	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
19b	SIM NÃO		
	() () Mastalgia		
	() () A mastalgia tem relação com a menstruação.		
	() () Mastites frequentes (0) Não se aplica		
	() () Traumatismos nos seios		
	() () Fenômenos locais pelos traumatismos		
	() () Descarga da papila (0) Não se aplica.		
19b	() () Já fez exames médicos dos genitais e das mamas. Se sim, quantas vezes:		
	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		
	Qual o intervalo de tempo entre cada exame?:		
	(9) Não s/inf. (0) Não se aplica.		
19b	Há quanto tempo foi o último exame de genitais e mamas?:		
	(9) Não sabe informar. (0) Não se aplica.		

IV - REVISÃO POR SISTEMAS (Continuação...)

COD.

COL.

19c	GENITO-URINÁRIO (continuação...) Houve diagnóstico dado pelo médico? (1000) Não.- Se sim, descrever: (9999) Não sabe informar. (0000) Não se aplica		
20	URINÁRIO SIM NÃO () () Oligúria () () Anúria () () Poliúria () () Polaquiúria () () Hematúria () () Disúria () () Saída espontânea de urina () () Esfôrço à micção e jato fino () () Alteração do aspecto da urina.- Se sim, descrever: (99) Não sabe informar.		
21a	ASPECTOS DA SEXUALIDADE Relações sexuais, freqüência: (9) Nega-se a informar. (0) Não se aplica. SIM NÃO		
21b	() () Libido () () Orgasmo () () Dispareunia (0) Não se aplica.		
21c	() () Sangramento ao coito () () Aversão pelas relações sexuais () () Masturbação (0) Não se aplica. Se tem aversão pelas relações sexuais, quais os motivos? Descrever: (99) Nega-se a informar. (00) Não se aplica.		
21d	Se há prática de masturbação, qual a freqüência?: (9) Não informa. (0) Não se aplica. Quais os motivos pelos quais se masturba?: (99) Não informa. (00) Não se aplica.		
V - EXAME FÍSICO.-			
1a	Aspecto Geral.- Situação: (1) Ambulatório Normal. (2) Ambulatório Incapacitado. (3) Guarda cama. (4) Criticamente doente.		
1b	Aparência: (1) Boa. (2) Regular. (3) Má.		
1c	Asseio corporal: (1) Bom. (2) Deficiente. (3) Mau.		
2a	Medidas.- Pêso: Kg.		
2b	Altura: cm. Deformação da Coluna: (0) Não. Se sim, descrever: Defeitos dos membros inferiores: (0) Não. Se sim, descrever:		
2c	Temperatura Oral: °C. (Maiores de 3 anos) Temperatura Retal: °C. (Menores de 3 anos)		

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD. COL.

3a	<u>Crânio.-</u> Diâmetro: _____ cm.		
3b	SIM NÃO () () Hidrocefalia () () Tumor () () Infecção () () Cicatrizes		
3c	() () Outros. Se sim, descrever:		
4a	<u>Cara</u> () () Triada de Hutchison () () Cicatrizes () (0) Paralisia facial.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		
5a	<u>Olhos.-</u> () () Exoftalmos () () Inflamação palpebral () () Ptose palpebral () () Edema palpebral () () Palidez conjuntival () () Inflamação conjuntival		
5b	() (0) Estrabismo.- Se sim: (1) Direito. (2) Es- querdo. (3) Bilateral.		
5c	() (0) Úlcera córnea.- Se sim: (1) Ôlho direito. (2) Ôlho esquerdo. (3) Bilateral.		
5d	() (0) Leucoma.- Se sim: (1) Ôlho direito. (2) Ôlho esquerdo. (3) Bilateral.		
5e	() () Anisocoria.- Se sim: (1) Miose Ôlho Direito Midriase O/E. (2) Miose O/E - Midriase O/D.		
5f	() (0) Alteração reflexos pupilares.- Se sim: () À luz. () À acomodação. () Consensual		
5g	() (0) Catarata.- Se sim: (1) Ôlho direito. (2) Ôlho esquerdo. (3) Bilateral.		
5h	() (0) Outros. Se sim, descrever:		
6a	<u>Ouvidos.-</u> () (0) Anormalidades Ouvido Externo.- Se sim: (1) Congênitas. (2) Adquiridas.-Descrever: () (0) Obstrução do conduto auditivo externo.- Se sim, por: (1) Cerume. (2) Corpo estranho. (3) Inflação, furúnculos. (1) Ouvido direito. (2) O.E. (3) Bilateral. (0) Não se aplica. () (0) Dermatite, conduto auditivo externo.-Se ~~sim~~ (1) Ouvido direito. (2) Ouvido esquerdo. (3) Bilateral. (9) Exame prejudicado. () (0) Dor à tração do pavilhão da orelha.-Se sim: (1) Ouvido direito. (2) Ouvido esquerdo. (3) Bilateral. () (0) Otorréia (exudados).-Se sim: (01) Serosa. (02) Mucosa. (03) Purulenta. (04) Sangüínea. (05) Aquosa. (00) Exame prejudicado.		
6b	() (0) Anormalidades do tímpano.- Se sim: () Abau- lamento. () Depressão. () Perfuração. (9) Exame prejudicado. (1) Direito. (2) Esquerdo. (3) Bilat. (0) N. se apl.		

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD. COL.

6c	<u>OUVIDOS</u> (Cont....) SIM NÃO () (0) Outros, descrever:		
7a	<u>FOSSAS NASAIS.-</u> () () Obstrução.- Se sim, por: (1) Inflamação. (2) Desvio do septum. (3) Hipertrofia cornetos. (4) Tumor, polipos. (5) Corpo Extra-nho. (1)Fossa Nasal Direita. (2)Fossa Nasal Esquerda.(3)Bilateral. (0) Não se aplica.		
7b	() () Atrofia da mucosa		
7c	() () Existência de secreções.- Se sim:(1)Mucosas. (2)Purulentas. (3)Muco-purulentas. (4)Muco-puruléntas. (5)Sangüino-purulentas. (6)Muco-sangüino-purulentas. (7)Sangue. (1) Fossa Nasal direita. (2)Fossa Nasal esquerda.(3)Bilateral. (0) Não se aplica.		
7d	Dor à compressão dos pontos sinusais:(0) Não.-Se sim: (1) Frontal. (2) Maxilar. (3) Frontal e Maxilar. (1) Direitos. (2) Esquerdos. (3) Bilaterais. (0) Não se aplica.		
7e	Outros: (0) Não.- Se sim, descrever:		
8a	<u>Orofaringe.-</u> SIM NÃO () () Lesões dos lábios () () Mucosa congesta () () Glosite () () Atrofia papilas linguais () () Língua geográfica () () Língua escrotal () () Amígdalas removidas () () Hipertrofia amígdalas () () Sinais inflamação aguda das amígdalas () () Sinais de inflamação faríngea () () Presença de catarro na orofaringe () () Faringe seca () () Mau halito () () Periodontopatia		
8b	() () Outros.- Se sim, descrever:		
8c	<u>Dentes.-</u> Nº de dentes existentes:		
8d	Nº total de cáries:		
8e	Substância alba: (1) Não.- Se sim: (2) 1/3. (3) 2/3. (4) Mais do que 2/3. (0) Não se aplica.		
8f	Cálculos: (1) Não.- (2) I. (3) II. (4) III. (0) Não se aplica.		
8g	Uso de prótese: (1) Não.- Se sim: (2) Fixa. (3) Móvel parcial. (4) Móvel total. (0) Não se aplica.		
	Tempo de uso da prótese: (0) Não se aplica.		
8h	Fez alguma vez aplicação de fluor? (1) Não. (2) Sim. (0) Não se aplica.		

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD.

COL.

8i	OROFARINGE (Continuação...)															
08 +	Erupção Dentária:															
	(77) (78) (80)						(8) (10) (12)									
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	(79) (7)						(9) (11)									
	V	IV	III				II	I	I	II	III			IV	V	
D																
	V	IV	III				II	I	I	II	III			IV	V	
	(14) (16)						(18) (20)									
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	(13) (15) (17)						(19) (21) (22)									
8j																
	C: Dentes cariados:										c					
	O: Dentes obturados:										o					
	Ei: Dentes para extrair:										e					
	E: Dentes extraídos:										-					
	SIM NÃO															
	()	()	Lábio leporino													
	()	()	Fissura palatina													
	()	()	Palato ojival													
	()	()	Maloclusões													
	()	()	Prognatismo													
	()	()	Retrognatismo													
	()	()	Apinhamento de dentes													
	()	()	Outros, descrever:													
8k	Usa aparelho ortodontico: (1) Sim. (2) Não.															
5i	Agudeza visual:															
	O.D. /20															
	O.E. /20															
9a	PESCOÇO.-															
	SIM NÃO															
	()	()	Ingurgitação jugular a 45º													
	()	()	Limitação de movimentos													
	()	()	Desviação da traquéia.													
9b	()	(0)	Adenopatias cervicais.- Se sim: (1) Submaxi- lares. (2) Cervicais. (3) Supraclavic.													
	(1) Direitas. (2) Esquerdas. (3) Bilat. (0) N.s. apl															
	()	()	Aumento da tireóides.- Se sim: (1) I. (2) II (3) III.													
	(1) Lisa. (2) Nodular. (0) Não se aplica.															
	(1) Renitente. (2) Lenhosa. (3) Dolorosa. (0) Não se aplica.															
	()	()	Outros, descrever:													
10a	TÓRAX EXTERNO.-															
	Deformidades: (1) Não.- Se sim, descrever:															
	(0) Não se aplica.															

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD.

COL.

TORAX EXTERNO (continuação...)			
10b	SIM NÃO () () Assimetria () () Rosário raquítico () () Hipertrofia mamária () () Taquipneia () () Aumento diâmetro anteroposterior () () Tiragem () () Cornagem () () Circulação colateral () () Expansão simétrica () (0) Adenopatias axilares.- Se sim: (1) Direitas. (2) Esquerdas. (3) Bilaterais.		
10c	() () Outros. Se sim, descrever:		
<u>Pulmões.-</u>			
11a	() (0) Estertores tipo alveolar.- Se sim: (1) PD. (2) PE. (3) Bilaterais.		
	() (0) Estertores tipo bronquial.- Se sim: (1) PD. (2) PE. (3) Bilaterais.		
11b	() (0) Respiração tipo bronquial.- Se sim: (1) PD. (2) PE. (3) Bilaterais.		
11c	() (0) Diminuição murmúrio vesicular.- Se sim: (1) PD. (2) PE. (3) Bilaterais.		
11d	() (0) Atrito pleural.- Se sim: (1) PD. (2) PE. (3) Bilaterais.		
11e	() (0) Outros.- Se sim, descrever:		
<u>Coração.-</u>			
12a	Choque da ponta: (1) 4º EIE. (2) 5º EIE. (3) 6º EIE. (4) 7º EIE. (5) Lado direito. (0) Não percebido. (1) Em LMC. (2) Fora LMC. (3) Dentro LMC.		
12b	Hiperfonesse 1º Ruído: (0) Não.- Se sim: (1) FM. (2) FT. (3) FP. (1) FA. (2) Todos os focos. (0) Não se aplica.		
	Hiperfonesse 2º Ruído: (0) Não. Se sim: (1) FM. (2) FT. (3) FP. () FA. () Todos os focos. (0) Não se aplica.		
12c	Hipofonesse: (0) Não.- Se sim: (1) Difusa. (2) Localizada.		
12d	Desdobramento 1º Ruído: (0) Não.- Se sim: (1) FM. (2) FT. (3) FP. (1) FA. (2) Todos os focos. (0) Não se aplica.		
	Desdobramento 2º Ruído: (0) Não.- Se sim: (1) FM. (2) FT. (3) FP. () FA. () Todos os focos. (0) Não se aplica.		
12e	Arritmia: (0) Não.- Se sim: (1) Arritmia completa (2) Extrasístoles freqüentes. (3) Extrasístoles raras. (4) Galope.		
12f	Sopros	Sistólico	Diastólico
		SIM	NAO
	Foco Mitral		
	F. Tricuspidéo		
	F. Pulmonar		
	F. Aórtico		
09+	Mesocárdico		
	Pancárdico		

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD.

COL.

12g	Outros, descrever:				
12h	Frequência Pulso, durante 1': (Início Exame)				
	Frequência Pulso, durante 1': (Durante Exame CV)				
12i	Pulso	Presente (1)	Ausente (2)		
	Radial Direito				
	Radial Esquerdo				
	Carotidiano Direito				
	Carotidiano Esquerdo				
	Pedial Direito				
	Pedial Esquerdo				
	Anormalidades: (00) Não.- Se sim, de: () Ritmo. () Amplitude. () Dureza. () Outros, descrever:				
12j	Pressão Arterial	Sistólica	Diastólica		
	Braço Direito				
	Braço Esquerdo				
	Coxa Direita				
	Dorso.- SIM NÃO				
13a	() () Anormalidades à Inspeção.- Se sim: (1)Xifose. (2)Escoliose. (3)Lordose.(4)Xifo-escoliose.				
13b	() () Espinha bífida () () Cisto pilonidal				
13c	() () Dor Vertebral.- Se sim: () À Percussão. () Ao Movimento.() Sacra. () Cervical. () Dorsal. () Lombar.				
13d	Pontos lombares dolorosos: (0) Não.- Se sim: (1) Direito. (2) Esquerdo. (3) Bilateral..				
13e	Limitação de Movimentos: () Não. () Sim.				
13f	Outros: (0) Não.- Se sim, descrever:				
	Abdome.- SIM NÃO				
14a	() () Anormalidades à Inspeção.- Se sim,descrever:				
14b	() () Circulação colateral () () Resistência de parede à palpação superficial. () () Dor à palpação superficial.				
14c	() () Massas palpáveis.- Se sim: (1) De parede. (2) Profundas. (3) Ambas.				
14d	()(00) Dor à palpação profunda.- Se sim,descrever:				
14e	() () Hepatomegalia.- Se sim. a: _____ cm. da LMC. (01) Dolorosa. (02) Nodular. (03) Lisa. (04) Consist. Lenhosa. (00) Não se aplica.				
14f	() () Esplenomegalia.- Se sim. a: _____ cm. do R.C. (01) Dolorosa. (02) Nodular. (03) Lisa. (04) Consist. Lenhosa. (00) Não se aplica.				
14g	() () Hernias.- Se sim, descrever:				
14h	() () Outros. Se sim, descrever:				

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD.

COL.

		COD.	COL.
	<u>Membros Superiores.-</u>		
	SIM NÃO		
15a	() () Malformações.- Se sim, descrever:		
15b	() () Deformidades.- Se sim (Assimetria, amputações, outros), descrever:		
15c	() () Acrocianose () () Necrose () () Úlceras		
15d	() (0) Hipocratismo.- Se sim: (1) Cianótico. (2) Acianótico (1) Mínimo. (2) Moderado. (3) Acentuado. (0) N.s.a.		
15e	() (0) Adenopatias epitrocleares.- Se sim: (1) Direitas. (2) Esquerdas. (3) Bilaterais.		
15f	() (0) Atrofia muscular.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		
15g	() (0) Edema.- Se sim: (1) Direito. (2) Esquerdo. (3) Bilateral.		
15h	() (0) Alteração movimentos.- Se sim: (1) Paralisias. (2) Paresias. (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilat. (0) Não s.apl.		
15i	() (0) Flacidez muscular.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		
15j	() (0) Espasticidade muscular.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		
15k	() (0) Outros. Se sim, descrever:		
	<u>Membros Inferiores.-</u>		
16a	() (00) Malformações.- Se sim: (01) Pé chapin. (02) Pé chato. (03) Genu varum, (04) Genu valgum. () Outros, descrever:		
16b	() (00) Deformidades.- Se sim: (Assimetrias, amputações, outras), descrever:		
C10			
16c	() () Acrocianose () () Necroses () () Úlceras		
16d	() (0) Adenopatias inguinais.- Se sim: (1) Direitas. (2) Esquerdas. (3) Bilaterais.		
16e	() (0) Luxação congênita da cadeira.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		
16f	() (0) Hipocratismo.- Se sim: (1) Cianótico. (2) Acianótico. (1) Mín. (2) Moder. (3) Acent. (0) Não se apl.		
16g	() (0) Atrofia muscular.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		
16h	() (0) Edema.- Se sim: (1) Direito. (2) Esquerdo. (3) Bilateral. (1) Mín. (2) Moder. (3) Acent. (0) Não se aplica.		
16i	() (0) Alteração movimentos.- Se sim: (1) Paralisia. (2) Paresia. (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilat. (0) Não s.apl.		
16j	() (0) Flacidez muscular.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD.

COL.

	Membros Inferiores (cont.) SIM NÃO		
16k	() () Espasticidade muscular.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral.		
16l	() (0) Outros.- Se sim, descrever:		
17a	<u>Articulações.-</u> () () Flogose () () Limitação dos movimentos () () Dor aos movimentos e/ou à palpação () () Deformidades.- Se sim, descrever:		
	() () Pequenas articulações () () Grandes articulações		
	() () Membros superiores () () Membros inferiores		
17b	() (0) Outros. Se sim, descrever:		
18a	<u>Sistema Nervoso.-</u> () () Ataxia () () Sinais de irritação meníngea () () Transtorno controle esfínteres		
18b	() () Movimentos involuntários.- Se sim: () Tremores. () Coreicos. () Atetósicos.		
18c	() () Reflexo bicipital direito.- Se presente: (1) Normal. (2) Vivo. (3) Hiper. (4) Hipo. () () Reflexo bicipital esquerdo.- Se presente: (1) Normal. (2) Vivo. (3) Hiper. (4) Hipo. () () Reflexo patelar direito.- Se presente: (1) Normal. (2) Vivo. (3) Hiper. (4) Hipo. () () Reflexo patelar esquerdo.- Se presente: (1) Normal. (2) Vivo. (3) Hiper. (4) Hipo. () () Reflexo aquiliano direito.- Se presente: (1) Normal. (2) Vivo. (3) Hiper. (4) Hipo. () () Reflexo aquiliano esquerdo.- Se presente: (1) Normal. (2) Vivo. (3) Hiper. (4) Hipo. () () Babinsky. () (1) Moro. (2) Normal. (3) Exaltado. (0) Não se aplica.		
18d	() (0) Outros. Se sim, descrever:		
19a	<u>Pele e anexos.-</u> () (0) Palidez.- Se sim: (1) Discreta. (2) Moderada (3) Acentuada.		
19b	() () Lesões pelagroides.		
19c	() () Cicatrizes.- Se sim, descrever e localizar:		
19d	() () Úlceras.- Se sim, descrever e localizar:		
19e	() () Tumores.- Se sim, descrever e localizar:		
19f	() () Dermatites.- Se sim, descrever e localizar:		

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD.

COL.

	Pele e anexos (cont.) SIM NÃO		
19g	() () Dermatoses.- Se sim, descrever e localizar:		
19h	() () Anormalidade das unhas.- Se sim, descrever:		
19i	() () Cabelo seco () () Sinal da bandeira () () Desprendimento fácil do cabelo () () Cabelos brancos () () Seborréia couro cabeludo () () Alopesia,- Se sim:(1) Circunscrita.(2) Geral.		
19j	() () Outros. Se sim: descrever:		
20a	<u>Genito-Urinário Masculino.-</u> () () Fimose () () Ulcerações () () Dermatoses (9) Não se aplica.		
20b	() () Hidrocele.- Se sim: (1) Direito. (2) Esquerdo. (3) Bilateral. (9) Não se aplica.		
20c	() () Criptorquidia.- Se sim: (1) Direita. (2) Esquerda. (3) Bilateral. (9) Não se aplica.		
20d	() () Engrossamento do epidídimo.- Se sim: (1) Direito. (2) Esquerdo. (3) Bilat. (9) Não se aplica.		
20e	() () Formação rosariiforme do canal deferente: (1) Dir. (2) Esq. (3) Bilat. (9) Não se aplica.		
20f	() () Outros.- Se sim, descrever:		
21a	<u>Genito-Urinário Feminino.</u> (15 anos e mais, dis Mamas e regiões circunjacentes crecional) () (0) Gânglios axilares: (1) D. (2) E. (3) Bilat.		
21b	() () Nódulos mamários () () Eczema da areola () () Hipertrofia mamária (9) Não se aplica.		
21c	() () Hipotrofia () () Assimetria (9) Não se aplica.		
21d	() (1) Dor à palpação: (2) SD. (3) SE. (4) Bilat. (0) N.s.a		
21e	() (1) Descarga: (2) SD. (3) SE. (4) Bilat. (0) N.s.apl.		
21f	<u>Órgãos genitais externos.-</u> () () Rotura anoperineal () () Prolapso bexiga () () Prolapso reto (0) Não se aplica.		
21g	() () Leucoplasia () () Craurose () () Vulvite (0) Não se aplica.		
21h	() () Hipertrofia de lábios (0) Não se aplica.		
21i	() () Outras, descrever:		
21j	<u>Toque Vaginal:</u> () (01) Normal: Se não, descrever alterações. (00) Não se aplica.		

V - EXAME FÍSICO (Continuação...)

COD.

COL.

	Genito-Urinário Feminino.(cont.)		
	SIM NÃO		
21k	() () Dor () () Distopia (0) Não se aplica.		
21l	Exame especular: () () Leucorrea () () Rotura do colo () () Cervicite (0) Não se aplica.		
21m	Colposcopia: () (1) Imagens colposcópicas:(2)Benígnas.(3)Suspei tas. (4) Malignas..(0) Não se aplica.		
21n	() (1) Biopsia:(2)Benígna,(3)Maligna.(0)Não se apl.		
21o	Citologia.-Papanicolau:(1)I.(2)II.(3)III.(4)IV.(5)V. (0) Não se aplica.		
21p	Biopsias.- Assinalar local e resultados:		
21q	(00) Não se aplica.		
21r	Outros: (01) Não.- Se sim, descrever:		
	(00) Não se aplica.		
	<u>Anus e Reto</u>		
	SIM NÃO		
22a	() () Fissuras () () Fístulas perianais		
22b	() () Prolapso.- Se sim: (1) Espontâneo. (2) Ao esforço.		
22c	() () Hemorroidas.- Se sim: (1) Internas. (2) Externas. (3) Internas e externas.		
22d	() () Massas ao toque.- Se sim, descrever:		
22e	() (1) Aumento da prostata.-Se sim: (2) Flutuação. (3)Renitente. (4) Consistência lenhosa.(0)Não se apl. (1)Dolorosa.(1)Aumentada.(1)Não Aumentada.(0)N.s.apl.		
22f	SIM NÃO () () Outros. Se sim, descrever:		
22g	() () Exame rejeitado.		
22h	DURAÇÃO DO EXAME EM MINUTOS:		
23a	<u>Urina:</u> Sangue Oculto:(0) Não. (1) Peq. (2) Mod. (3)Grande. Corpos Cetônicos:(0)Não.(1)Peq. (2) Mod. (3)Grande. Glicose: (0)Não. (1) Clara. (2) Média. (3) Escura.. Proteínas: (0) Não. (1) Traços.(2)30 mg%.(3)100 mg%. (4) 300 mg%. (5) 1000 mg%.		
	pH: (1) 5. (2) 5,5. (3) 6,0. (4) 6,5. (5) 7,0. (6) 7,5. (7) 8,0. (9) 9,0.		

VI - EXAMES COMPLEMENTARES(Cont. ...)

COD.

COL.

Coproparasitoscópico (concentração).-									
24a	Helmintos:	1a.Amostra		2a.Amostra		3a.Amostra			
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
	Ascaris								
	Tricocefalo								
	Strongiloides								
	Ancylostomideo								
	Enterobius v..								
	Schistosoma m.								
	Taenia sp.								
24b	Protozoários:	Amostra 1.		Amostra 2.		Amostra 3.			
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
	E. histolytica								
	E. coli								
	Giardia lamb.								
	Endolimax nana								
	Iodamoeba but.								
	Balantidium c.								
	Isospora hom.								
	Chilomastix m.								
24c	Fita de Grahq: A 1.								
24d	Coprocultura.-								
	Amostra 1.								
	Amostra 2.								
	Amostra 3.								
25a	Hematológico.-								
	Hematocrito:	%							
25b	Hemoglobina:	g%							
25c	Glicemia (Dextrostix):	mg%							
25d	Grupo Sangüíneo:								
25e	Soroanticorpos:								
	VDRL:								
	Machado Guerreiro:								
	Toxoplasmose:								
	Brucelose:								
	Widal:								
	WeilleFelix:								
	Leptospirose:								

VI - EXAMES COMPLEMENTARES (Cont. ...)

COD. COL.

Testes Cutâneos.-			
26a	Reação de Mantoux, leitura às 72 horas: mm.		
26b	Reação de Schik. Toxina BD, às 72 horas: mm.		
	Contrôle BE, às 72 horas: mm.		
26c	Reação da Lepromina, às 72 horas: mm.		
	às quatro semanas: mm.		
VII - <u>DIAGNÓSTICOS.</u>			
27a	<u>Funcional:</u>		
27b	<u>Anatômico:</u>		
27c	<u>Fisiopatológico:</u>		
27d	Causal: Presuntivo:		
	1º -		
	2º -		
	3º -		
	4º -		
27e	Causal Confirmado.		
	1º -		
	2º -		
	3º -		
	4º -		

CONTRÔLE DE EXAMES (M.3.)

Nome: _____

I. HISTÓRIA CLÍNICA		
	Completa	Observações
Identificação		
Antecedentes		
Doença Atual		
Revisão/Síntomas		
Exame Físico		
Ingest./Glicose		
Medidas		

II. PROVAS DÉRMICAS			
	Aplicação	Leitura	Observações
Toxina Diftérica e controle			
P.P.D.Rt.23			
Lepromina		72h. 3.S.	

III. AMOSTRA				
	Recebida Retirada	Envio ao Laborat.	Recibo Resultados	Observações
URINA				
SANGUE:				
Hemoglobina				
Grupo Sanguíneo				
Glicemia (Destrotix)				
Sorologias				
FEZES:				
Fita adesiva				
Esfregaço anal (Cult.)				
Nº 1: Parasitoscópico				
Nº 2: Parasitoscópico				
Cultura				
Nº 3: Parasitoscópico				
Cultura				

Duração do Exame: _____

(Anotar Sim ou Não no correspondente espaço. Quando necessário anotar a observação do caso).

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Pesquisa de Morbidade - Bairro Jardim dos Oliveiras , Campinas
Avaliação Clínica - Entrevista Inicial (M. 1.)

Datas: 1ª Visita _____ 2ª Visita _____ 3ª Visita _____

Nome Chefe da Família _____ Família Nº _____

Questionário Nº _____ Endereço _____

Setor _____ Quadra _____ Lote _____

Localização: Fácil _____ Difícil _____; Nº de Pessoas _____

Aceitação da entrevista _____ Aceitação do Programa _____

Possibilidade para exames na residência _____

Os exames deverão ser realizados no Ambulatório _____

Os exames poderão ser realizados na seguinte data e hora _____

O responsável pela família não se encontra em casa, deveremos voltar
em _____

Em caso de rejeição explique sumariamente os motivos _____

Esta família deverá ser substituída pela família Nº _____

Assinatura da Entrevistadora

*Anotar a respeito do horário se, de manhã ou de tarde.

(Esta ficha deverá ser colocada na pasta da família correspondente)

(Caso se consiga aceitação para a pesquisa, programar Segunda entre-
vista para entrega de latinhas e vidros para colheita de amostras de
fezes e urina, além do preenchimento dos dados de Identificação das
Histórias).

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Pesquisa de Morbidade - Bairro Jardim dos Oliveiras - Campinas
Avaliação Clínica - Calendário de Citações para Exames
(M.2.)

Dia da Semana	Data		Período	
	Dia	Mes	Manhã	Tarde
2ª.				
3ª.				
4ª.				
5ª.				
6ª.				
S				
D				
2ª.				
3ª.				
4ª.				
5ª.				
6ª.				
S				
D				
2ª.				
3ª.				
4ª.				
5ª.				
6ª.				
S				
D				
2ª.				
3ª.				
4ª.				
5ª.				
6ª.				
S				
D				

(Não esquecer entregar vasilhames para amostras de Urina e Fézes)

Assinatura Responsável

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Pesquisa de Morbidade - Bairro Jardim dos Cliveiras - Campinas
Avaliação Clínica - Exames Complementares (M.I.O.TC.)

Família Nº _____ Nome Chefe Família _____
Questionário Nº _____ Endereço _____
Setor _____ Quadra _____ Lote _____

Exame: TESTES CUTÂNEOS Data Aplicação / /1.96

[illegible]

OBSERVAÇÕES: 1) Shick: leia-se em milímetros a reação eritematosa
2) Mantoux: leia-se em milímetros basicamente a induração secundariamente o halo perifocal eritematoso.
3) Fernandez (F/DEZ): Leia-se em milímetros a reação eritematosa.
4) Mitsuda: Leia-se em milímetros a formação nodular

Responsável

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Pesquisa de Morbidade - Bairro Jardim dos Oliveiras - Campinas
Avaliação Clínica - Exames Complementares (M.4. SS.)

Laboratório: INSTITUTO ADOLPHO LUTZ, São Paulo
Seção: SOROLOGIA.

Amostra enviada: Sangue.

Exames requisitados: 1) Presença anticorpos Sífilis.
2) Presença anticorpos Doença de Chagas.

[illegible]

Entregue no dia: _____

Recebido por: _____

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Pesquisa de Morbidade - Bairro Jardim dos Oliveiras - Campinas
Avaliação Clínica - Exames Complementares (M.5.CC.)

Laboratório: Instituto Adolpho Lutz de Campinas

Família/História Nºs. _____ Idade: _____ Sexo: _____
Nome _____ Data _____ / _____ /19 _____

Amostra enviada: FEZES

Exame Solicitado: Coprocultura (Nº)

MIGUEL IGNÁCIO TOBAR ACOSTA
Médico Responsável pela Pesquisa

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Pesquisa de Morbidade - Bairro Jardim dos Oliveiras - Campinas
Avaliação Clínica - Exames Complementares (M.5.CC.)

Laboratório: Instituto Adolpho Lutz de Campinas

Família/História Nºs. _____ Idade: _____ Sexo: _____
Nome _____ Data _____ / _____ /19 _____

Amostra enviada: FEZES

Exame Solicitado: Coprocultura (Nº)

MIGUEL IGNÁCIO TOBAR ACOSTA
Médico Responsável pela Pesquisa

ESTUDO DA HABITAÇÃO
FORMULÁRIO

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Pesquisa de Morbidade

ESTUDO DA HABITAÇÃO E DA RENDA MENSAL FAMILIAR

RESUMO DA HISTÓRIA DAS GESTAÇÕES

FAMÍLIA Nº _____
(cols. 1 - 2)

Setor _____ Quadra _____ Lote nº _____ Casa _____
Col.(3) Col.(4-5) Col.(6-7) Col. (8)

Número de membros da família que residem na habitação: _____
Col. (9-10)

RENDA MENSAL APROXIMADA DA FAMÍLIA NCR\$ _____
Col. (11 - 13)

Nome do Recenseador: _____

Tipo de pergunta e código das alternativas de resposta que tem a pessoa entrevistada.		Código de resposta selecionada	Coluna
0	IDENTIFICAÇÃO	9	14
1a	Esta casa é de propriedade da família ou alugada? 1 - Própria totalmente paga. 2 - Própria não totalmente paga. 3 - Alugada 4 - Emprestada 5 - Não responde 0 - Não se aplica		15
1b	Se a casa fôr alugada ou não totalmente paga, qual é o preço mensal do aluguel ou prestação? _____ cruzeiros 00 - Não se aplica		16-18
2b	Possue a família algum imóvel fora da casa em que atualmente mora? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não responde		19
3	Quantas empregadas domésticas tem a família a seu serviço? _____ empregadas 0 - Não se aplica		20
4	Como é o abastecimento de água da habitação? 1-Rêde geral com canalização interna 2-Rêde geral sem canalização interna 3-Poço ou nascente protegido e sem canalização 4-Poço ou nascente protegido e com canalização 5-Poço ou nascente não protegido e sem canalização 6-Poço ou nascente não protegido e com canalização 7-Abastecimento por carro tanque 8-Outros tipos _____ assinale-o		21
5a	Esta casa tem privada? 1 - Sim e em bom funcionamento 2 - Sim e em mau funcionamento 3 - Não		22

Tipo de pergunta e código das alternativas de resposta que tem a pessoa entrevistada.		Código de resposta selecionada	Coluna
5b	Se 1 ou 2 da pergunta 5a. Qual é o tipo de privada? 1 - Ligada a rede de esgoto 2 - Fossa séptica 3 - Fossa rudimentar 4 - Ligada a outro escuradouro		23
5c	Se 1 ou 2 da pergunta 5a. A privada é usada pelos moradores? 1 - Sim 2 - Não 0 - Não se explica		24
5d	Se 1 ou 2 da pergunta 5a. A privada fica dentro ou fora da casa? 1 - Dentro da casa 2 - Fora da casa 0 - Não se explica		25
6a	Se a casa tem poço e fossa, que distância aproximada existe entre ambos? _____ metros 00 - Não se aplica		26-27
6b	Se a casa tem poço e fossa, em relação à inclinação do terreno. Qual é a posição da fossa em relação ao poço? 1 - Encontra-se em um mesmo nível 2 - A fossa encontra-se em nível mais elevado. 3 - A fossa encontra-se em nível mais baixo. 0 - Não se aplica		28
7a	Qual é o tipo de fogão que tem a casa? 1 - a lenha 2 - a carvão 3 - elétrico 4 - a óleo ou querosene 5 - a gás 6 - Não tem fogão		29
7b	Se 1,2,3,4 ou 5 da pergunta 7a. O fogão é usado unicamente pela família? 1 - Unifamiliar 2 - Multifamiliar 0 - Não se aplica		30

I B M - I

Tipo de pergunta e código das alternativas de resposta que tem a pessoa entrevistada.		Código de resposta selecionada	Coluna
8a	Esta casa tem chuveiro? 1 - Sim 2 - Não		31
8b	Se 1 da pergunta 8a. O chuveiro fica dentro ou fora da casa? 1 - Dentro da casa 2 - Fora da casa 0 - Não se aplica		32
8c	Se 1 da pergunta 8a. O chuveiro é usado só pela família? 1 - Unifamiliar 2 - Multifamiliar 0 - Não se aplica		33
9a	A casa tem luz elétrica? 1 - Sim 2 - Não		34
9b	Se 1 da pergunta 9a. De que aparelhos eletro domésticos dispõe a família? 1 - Rádio 2 - Televisão 3 - Geladeira 4 - Ferro elétrico 5 - Liquidificador 6 - Outros 0 - Não se aplica		35-40
10a	Quantos quartos tem esta residência? _____ quartos		41-42
10b	Dêsses quartos, quantos são quartos de dormir? _____ quartos dormitórios		43
10c	Que número de camas existe na residência? _____ camas 00 - Não se aplica		44-45

	Tipo de pergunta e código das alternativas de resposta que tem a pessoa entrevistada.	Código de resposta selecionada	Coluna
11	Como é o piso da casa? 1 - De terra batida 2 - De tijolo ou cimento 3 - De ladrilho 4 - Assoalho 5 - De terra batida e de tijolo ou cimento 6 - De ladrilho e tijolo ou cimento 7 - Assoalho e tijolo ou cimento 8 - Assoalho e ladrilho		46
12a	A casa tem quintal? 1 - Tem quintal 2 - Não tem quintal		47
12b	Se 1 da pergunta 12a O quintal pertence só à família? 1 - Unifamiliar 2 - Multifamiliar 0 - Não se aplica		48
12c	Se 1 da pergunta 12a Qual é o estado, limpeza do quintal? 1 - Limpo 2 - Sujo 0 - Não se aplica		49
12d	Se 1 da pergunta 12a No quintal da casa tem plantações? 1 - Tem horta 2 - Tem árvores frutíferas 3 - Tem ambos 4 - Não tem plantação nenhuma 0 - Não se aplica		50
13a	Animais domésticos. SIM NÃO () () aves () () porcos () () cachorros		51
	() () gatos () () caprinos () () equinos		52
	() () bovinos () () pássaros () () macaco		53
	() () Outros:		54-55
13b	Se existem animais domésticos, foram vacinados? 1 - Sim, todos 2 - Sim, em parte 3 - Não vacinado 0 - Não se aplica		56

14a	A família ingere alimentos crus como: SIM NÃO () () Carne () () Vísceras		57
	() () Ovos () () Leite		58
	() () Outros:		59
14b	A ingestão destes alimentos é feita: SIM NÃO () () Raras vezes () () Continuamente () () Frequentemente		60
15a	O lixo é: 1 - Coletado em devida forma no domicílio. 2 - Coletado sem cuidado especial no domicílio. 0 - Não coletado		61
15b	Como é tratado o lixo? 1 - Queimado no quintal ou nas imediações da casa 2 - Enterrado no quintal ou nas imediações da casa 3 - Jogado a céu aberto no quintal ou nas imediações da casa 4 - Recoletado pelo Serviço Público Municipal 0 - Não se aplica		62
15c	Se 4 da pergunta 14c. Quantas vezes por semana os carros do lixo fazem coleta? _____ vezes 0 - Não se aplica		63
16	Como é o arejamento da habitação? 1 - Satisfatório 2 - Deficiente 3 - Não existe		64
17	Como é a iluminação natural da casa? 1 - Satisfatória 2 - Deficiente 3 - Não existe		65
18	Como é o estado de insolação da casa? 1 - Satisfatório 2 - Deficiente 3 - Não existe		66
19	Como é a limpeza geral da habitação? 1 - Satisfatório 2 - Deficiente 3 - Não existe		67

	Tipo de pergunta e código das alternativas de resposta que tem a pessoa entrevistada.	Código de resposta selecionada	Coluna
20	Qual é o tipo da habitação? 1 - Durável 2 - Rústico 3 - Improvisado		68
21	<u>Resumo da História das Gestações:-</u> Até o ano passado (1968), quantos: a - Filhos nascidos vivos, atualmente vivos:		69-70
	b - Filhos nascidos vivos, falecidos:		
	b.1. Antes de completar 8 dias:		71
	b.2. Entre 8 e 28 dias:		72
	b.3. Entre 28 dias e 1 ano:		73
	c - Nº total de filhos nascidos vivos, (a. b.1. b.2. b.3.):		74-75
	d - Número de abortos espontâneos:		76
	e - Número de abortos provocados:		77
	f - Número de nascidos mortos:		78
	g - Número total de gestações:		79-80

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E POLÍTICA
OPERACIONAL DA PESQUISA

APÊNDICE 3

APÊNDICE 3

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E POLÍTICA OPERACIONAL DA PESQUISA (Estudo de Recursos Humanos..., 1965 a; 1966 b).

Contato com as famílias:

1 - Sorteadas as famílias, promover uma reunião com a Sociedade de Amigos do Bairro, com a finalidade de comunicar-lhe a realização da pesquisa, explicar-lhe com detalhes, como será levada a efeito, e quais as vantagens, para os indivíduos, para as famílias e para os moradores em geral; ao mesmo tempo, tentar conseguir todo o apoio para executar o estudo.

2 - Localizada cada uma das habitações correspondentes às famílias sorteadas segundo as listas, entrevistar o chefe da família e consultá-lo sobre seu interesse numa possível participação na pesquisa.

3 - Propiciando uma aproximação dentro de um ambiente favorável, explicar detalhadamente como a família foi escolhida, quais os objetivos e as vantagens do estudo, em que consistirá o exame de cada um dos seus componentes, e quais os métodos utilizados, inclusive a retirada de sangue, exames discricionários como tato retal em homens e exame ginecológico distemático em mulheres adultas com sintomas ginecológicos ou não.

4 - Garantir que o exame será completamente gratuito e dará com grande margem de segurança o estado de saúde da família. Caso exista a necessidade de exames especiais para completar o diagnóstico, haverá a possibilidade de utilizar os diversos serviços da Faculdade de Ciências Médicas.

5 - A cada Família poderá ser enviado um relatório sobre o resultado do exame clínico, sempre e quando exista interesse para tanto.

6 - Caso o Chefe da Família não se encontre em casa, providenciar uma entrevista, em hora propícia, para que ele possa ser encontrado. Insistir, tantas vezes quantas forem necessárias, antes de substituir a Família por outra sorteada.

7 - Quando se der uma rejeição definitiva, deverá ser anotado o motivo da mesma. Não convém insistir quando houver resistência obstinada.

Uma maneira de vencer a rejeição, é tratar de dar solução adequada às dúvidas, utilizando habilidade e prudência. Quando for impossível a aceitação, então deve-se substituir a família por uma das sorteadas suplementarmente, seguindo a ordem da lista.

8 - Em caso de obter aceitação, deverá ser comunicada a data aproximada do exame. Indicar o local do mesmo (Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM-UNICAMP, na Santa Casa local).

9 - Preencher o Formulário M 1 (Apêndice 1).

Normas de comparecimento para o exame da família:

1 - Data do exame: consultar interesses e opiniões da família, sem contrariar fundamentalmente a programação da pesquisa.

2 - Marcar os exames, pelo menos com uma semana de antecedência, lembrar a data e hora, 24 a 48 horas antes, para evitar falhas e perda de tempo nas consultas.

Para evitar falhas deve-se avisar a um número conveniente de famílias, a fim de atender à disponibilidade de consultas na semana seguinte. Na oportunidade de lembrar o dia da consulta, 24 ou 48 horas antes, deverá ser lançada na ficha da história clínica respectiva a identificação de cada um dos membros da família.

3 - Quando um dos membros da família ou toda ela tiver dificuldades com respeito ao dia e hora determinados para exame clínico, deverá procurar-se um dia e um horário extra.

No possível, fazer com que as consultas sejam realizadas em horas e dias úteis da semana.

4 - Oferecer transporte até o local do exame quando for necessário.

5 - Quando necessário obter licença remunerada do traba-

lho, para que a pessoa compareça ao exame, no dia e hora marca dos; devendo para tanto se preciso for, entrevistar-se com o patrão ou patroa.

6 - Se após o exame, chegar-se à conclusão da necessidade de tratamento, poderá contribuir-se com o mesmo no ambulatório do Bairro Jardim dos Oliveiras, ou na Santa Casa de Misericórdia. Em casos especiais bem selecionados, contribuir com medicamentos.

7 - Caso a família faça exigências condicionadas, não negar nem oferecer, porém, estudar o caso e nunca dar mais do que o possível.

8 - Confirmar a data da consulta na ocasião do preenchimento da identificação. Nesta ocasião das as seguintes recomendações:

8.1. Todo menor de 15 anos deverá estar acompanhado por uma pessoa maior de idade e responsável, se possível a mãe ou o pai, de preferência a mãe.

8.2. Entregar as latinhas e os vidros para a coleta de fezes e urina, explicando claramente a maneira de coletá-las, lembrando anotar o nome de ca da examinado, no correspondente vasilhama.

Recomendar que evacuem sobre uma folha de papel jornal, para separar a quantidade de fezes que será posta na latinha.

As mulheres deverão fazer uma boa "toilette" da vulva, e recolher a urina diretamente no vidro sem tocá-lo.

Das crianças lactentes, deverá ser tomada a urina em material plástico especialmente condicionado.

8.3. Determinar em forma clara e precisa, a hora e o lugar do exame.

8.4. Não será necessário que nenhum dos membros da família guarde jejum.

9 - Caso à última hora a família decida não comparecer ao exame, insistir com ela para marcar outra consulta numa nova oportunidade; tratar de motivá-la e convencê-la.

10 - Para efeito dos comparecimentos à consulta, deverá ser preenchida a Ficha M.2, (Apêndice 1), procurando que haja uma ordem de rotação dos diversos setores.

Informação sobre o exame clínico:

Durante as visitas às famílias selecionadas, bem seja na entrevista inicial para obter a participação no estudo, ou nas seguintes, destinadas ao comparecimento para o exame clínico, as pessoas envolvidas na pesquisa ou outra qualquer, poderão fazer perguntas sobre diversos aspectos da investigação.

A informação deverá ser dada com toda atenção e paciência, obedecendo a orientação que se segue, adaptando-a ao grau de compreensão do interrogado e de acordo com o seu vocabulário.

Como é o exame?

O exame compreende uma revisão, ("exame", "reconhecimento", "chequeio") da saúde de quem se submete ao processo de avaliação clínica. Este exame é feito cuidadosamente por pessoal especializado, que faz parte do professorado da Faculdade de Ciências Médicas. Em casos especiais, inclui exames "internos". O conteúdo da "revisão" é o seguinte:

- a) Perguntas sobre a saúde anterior e presente.
- b) Medições de Peso, Altura, Pressão Arterial.
- c) Exame Médico.
- d) Prova de acuidade visual.
- e) Exame Buco-dentário.
- f) Exames de laboratório: Sangue, Urina e Fezes.
- g) Provas diagnósticas cutâneas.
- h) Em casos especiais, outros exames.

Que objetivo terão estes exames?

Estes exames darão uma oportunidade para conhecer o estado de saúde das famílias examinadas, e através destas, da saúde dos vizinhos do bairro.

Que vantagens terá o exame para a pessoa e para a família?

Tendo sido selecionadas para esta revisão médica completa, que permitirá o conhecimento sobre a saúde em geral, neste exame, através dos meios clínicos e sem custo algum, poderão ser evidenciadas doenças que atualmente não ocasionam incômodo e que serão possíveis de cura tratando-as oportunamente.

Em quem serão feitos os exames?

Os exames serão feitos a todos os componentes da família selecionada, procurando não omitir nenhum membro, para evitar resultados incompletos.

A família foi escolhida seguindo um método imparcial, científico, por sorteio.

Quando serão feitos os exames?

Em dia e hora de que serão avisados oportunamente e especialmente marcados de acordo com a melhor conveniência para a família e para a equipe que realizará o exame.

Onde será feito o exame?

Será feito no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, sediado na Santa Casa de Misericórdia, local, à Rua Benjamin Constant, nº 1657.

Poderão ser feitos somente parte dos exames propostos?

Nenhum dos exames propostos representará mortificações maiores, nem perigos para ninguém. Pelo contrário, todos se beneficiarão, se o exame for completo. Para o médico é mais importante conhecer a saúde total.

Reduzindo os exames, diminui-se o benefício obtido pela família que foi selecionada para a avaliação clínica.

De qualquer maneira, somente serão utilizados procedimen-

tos aceitos pelo examinado.

Quem fará o exame?

Os médicos docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas, um Odontólogo e uma Enfermeira.

Quanto durará o exame?

Aproximadamente duas horas. Dedicar-se-á um meio dia para a revisão da família, fazendo-se o possível para durante esse tempo, examinar todos os seus membros, dependendo da colaboração que oferecerem os examinandos.

Haverá transporte para o local ou locais onde fôr necessário fazer exame?

Sim, a viatura da Universidade passará pela sua casa no dia e hora combinados, para levar a pessoa ou as pessoas ao lugar do exame, sem custo algum para os examinandos.

Haverá tratamento após os exames?

Tanto quanto possível, procurar-se-á dar toda colaboração para se levar a efeito o tratamento necessário.

Poderão obter-se os resultados dos exames?

Os resultados serão fornecidos ao médico ou instituição de saúde que a família autorize. Poderão ainda ser entregues ao interessado diretamente, se assim o desejar.

Outras perguntas:

Surgindo outras perguntas diferentes das anteriores e de difícil resposta, ou imprevisível efeito, o entrevistador deverá afirmar que não tem informação suficiente para responder e que as respostas caso sejam necessárias, poderão ser dadas durante o exame. Se a resposta tiver caráter imediato deverá convocar o médico para dá-la.

Em caso de perguntas para as quais não se tenha

solução definitiva, é necessário abster-se de respondê-las.

A informação dada ao exame é confidencial?

Sim, a informação obtida durante o exame clínico será absolutamente confidencial. Será utilizada somente pela equipe de estudo, e para os exclusivos propósitos da investigação. Poderá ser conhecida por quem a família ordenar.

Admitem-se voluntários?

Fora das famílias escolhidas por sorteio, não serão examinadas outras famílias, portanto não se admitirão voluntários.

A participação da família escolhida é espontânea?

Os exames serão feitos sob a base de participação absolutamente espontânea e todas as pessoas sorteadas, deverão receber suficiente informação sobre os procedimentos aos quais serão submetidas, podendo rejeitá-los se assim considerarem conveniente.

A participação na investigação é uma atitude de civismo e uma colaboração com a comunidade e com a ciência médica.

Quem responderá as perguntas do examinador?

Os examinandos maiores de 15 anos poderão responder por si mesmos. Excetua-se certas perguntas que não deverão ser formuladas ao próprio examinando ou àqueles pacientes, cuja gravidade desaconselhe.

Nos casos anteriores e quando se tratar de menores de 15 anos, as perguntas serão respondidas por pessoa adulta responsável, que tenha relação com o examinando, de preferência a genitora.

Haverá exclusão de alguns exames?

Sim. Os menores de 3 anos que apresentem dificuldade para retirar sangue da veia, serão isentos de algumas provas de laboratório.

Os menores de 5 anos serão isentos da prova de acuidade

visual.

As mulheres adultas em estado de gestação estarão excluídas de exame radiológico.

As pessoas que saibam estar padecendo de diabetes e em tratamento médico, estarão isentas da ingestão de glicose.

O Exame Clínico:

1 - Em cada jornada de trabalho, numa manhã ou numa tarde, os membros de uma família, previamente convocados, deverão ser submetidos a uma série de procedimentos clínicos numa seqüência predeterminada.

2 - Cada jornada de trabalho, obedecerá a um calendário especial preparado com antecedência Formulário M.2, (Apêndice 1).

3 - Programação das atividades de consulta.

a) Preparação das Histórias individuais numa pasta para cada família (Apêndice 1).

b) Preparar convenientemente os materiais para cada jornada de consulta.

4 - Cada exame que, terá uma duração aproximada de duas horas, consistirá do seguinte:

4.1. Uma vez presente a família no local do exame dar-lhe as boas vindas e agradecer o comparecimento.

4.2. Constatar a freqüência de cada um dos membros presentes e quando faltar algum, anotar na Folha de Controle M.3, (Apêndice 1), devendo ter em conta o fato para, numa próxima oportunidade convocar novamente o faltante.

4.3. Recebimento das amostras de fezes e de urina, anotando em cada recipiente os dados indispensáveis para sua correspondente identificação. Guardá-las em lugar apropriado sem misturá-las.

4.4. Instruir uma vez mais a família sobre os procedimentos do exame a que irá se submeter e pedir a colaboração dos seus membros para facilitar o

trabalho. Lembrar da inocuidade do exame.

- 4.5. Pesar, medir altura, medir temperatura oral a maiores de 3 anos e retal aos menores desta idade, durante três minutos a cada um dos pacientes e anotar os dados nas suas correspondentes histórias.
- 4.6. Calcular a quantidade de glicose para cada examinando na proporção de 1,5 g. por Kg. de peso. Prepará-la em copos separadamente e fazer com que cada examinando ingira todo o conteúdo, sem deixar resto.

Às crianças menores de 2 anos, deverá dar-se a glicose em mamadeira.

Anotar em folha especial a hora da ingestão da glicose.

- 4.7. A seguir realizar os testes cutâneos de Mantoux, Schick e Mitsuda, segundo as indicações técnicas estabelecidas para cada caso, e na seguinte ordem de localização:

Mantoux: no terço proximal, face ântero-externa do antebraço esquerdo.

Mitsuda: no terço proximal, face ântero-externa do antebraço direito.

Schick : Toxina, no terço distal, na face anterior do braço direito. Controle, em igual região do braço esquerdo.

Anotar na Folha M 10 TC (Apêndice 1), as datas das leituras que serão feitas posteriormente em casa.

- 4.8. Encaminhar os examinados ao Médico e Odontólogo.

5 - O exame do Odontólogo constará de:

- 5.1. Exame buco-dentário.
- 5.2. Acuidade visual.
- 5.3. Anotação dos achados na correspondente história clínica.

6 - O exame Médico constará de:

- 6.1. Anamnese: História atual, Revisão por Sistemas e Antecedentes.
- 6.2. Exame Físico.
- 6.3. Tomada de Amostra anal com fita adesiva.
- 6.4. Tomada de material para coprocultura.
- 6.5. Preenchimento dos dados achados no formulário correspondente (Apêndice 1).

7 - Uma hora e meia a duas horas depois da ingestão de glicose, obter entre 10 e 12 cm³ de sangue para serem distribuídos na seguinte forma:

- 7.1. Em vidro sem anticoagulante, 8 cm³, para sorologias.
- 7.2. Em vidro com EDTA, para Hemoglobina, Hematócrito, Glicemia e Grupos Sangüíneos, 2 a 4 cm³.

8 - Terminados os procedimentos anteriores, revisar cada história e preencher a Folha de Controle M.3, (Apêndice 1).

9 - Encaminhar as mulheres adultas e pacientes com sintomatologia ginecológica ao Ambulatório de Ginecologia do Bairro Jardim dos Oliveiras, a fim de serem examinadas, de acordo com guia especial.

10 - Distribuir latinhas a todos os membros da família, para coletar amostra de fezes para o segundo exame parasitológico. As fezes deverão ser obtidas na véspera ou no dia da leitura dos testes cutâneos (após 72 ou 96 horas).

11 - Não havendo nenhuma falha nos procedimentos realizados, a família deverá ser liberada e conduzida à sua casa, transportada na viatura da Universidade. Ao despedi-la agradecer ao comparecimento e à colaboração.

12 - Atividades uma vez terminados os exames clínicos:

- 12.1. Reunir as histórias na pasta da correspondente família.
- 12.2. Guardar o material de exame e de laboratório.
- 12.3. Selecionar as amostras e acondicioná-las numa

caixa especial para o seu transporte.

- 12.4. Distribuição das amostras aos correspondentes laboratórios, preenchendo previamente os formulários dos pedidos M 4 - SB; M 4 - SS; M 4 - SP; M 6 - CP; M 7 - CP.FA; M 8 - C; M 9 - GS; M 10 - S; (Apêndice 1);

Instituto "Adolpho Lutz" de Campinas: Cultura de fezes.

Laboratório da Santa Casa de Misericórdia: Sangue anticoagulado para Hemoglobina, Hematócrito e Grupos Sangüíneos e sem anticoagulante para separação de soro; fezes para o primeiro exame parasitológico.

Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo: Soro previamente separado e conservado no freezer, devidamente acondicionado em caixa de Isopor e gelo.

- 12.5. O Exame de urina e a pesquisa de glicose no sangue através dos micrométodos "Labstix" e "Dextrostix" respectivamente, serão elaborados pelo responsável da pesquisa o mais imediatamente possível, após a obtenção da amostra.

13 - Em oportunidade próxima, revisar as histórias, codificá-las e estabelecer diagnósticos.

14 - Após 72 ou 96 horas, visitar a casa da família examinada, para fazer as correspondentes leituras dos testes cutâneos de Mantoux, Schick e Fernandez. Aproveitar para recolher a segunda amostra de fezes, bem como distribuir nova latinha para coletar a terceira amostra.

Anotar na correspondente Folha M 10 - TC, (Apêndice 1) os resultados dos testes.

15 - Após três semanas, visitar o domicílio da família para fazer a leitura de Mitsuda. Anotar o resultado da prova na correspondente Folha M 10 - TC, (Apêndice 1). Recolher a terceira amostra de fezes.

16 - Envio das amostras de fezes (segunda e terceira) para cultura e exame parasitológico, no Instituto "Adolpho Lutz" de Campinas.

17 - Recolher diariamente os resultados nos diferentes laboratórios e ir anotando-os nas correspondentes histórias.

Deveres gerais da Equipe:

1 - Para com a comunidade - A pesquisa será julgada pela comunidade, pela maneira como o pessoal da equipe atuar. Toda oportunidade deverá ser aproveitada para produzir uma boa impressão, promovendo bom relacionamento.

2 - Para com o examinado - Todo paciente deverá ser tratado cortesmente, como pessoa e não como caso ou número, explicando-lhe cada um dos procedimentos de rotina e pedindo-lhe sua aceitação para os exames complementares discricionários.

Todo membro da equipe deve procurar que o paciente se sinta tranqüilo, que entenda os procedimentos a que são submetidos e passe por eles na forma mais confortável possível.

As informações sobre o paciente, deverão ser comunicadas com extrema discrição.

3 - Para com o responsável pela pesquisa - Os membros da equipe deverão informá-lo das suas atividades, dos problemas, necessidades materiais e de outros misteres, relacionados com o trabalho.

4 - Para com os companheiros da equipe - Os membros da equipe deverão manter uniformidade de ação, prestando mútua colaboração, sempre que for necessário. Apesar de haver áreas de limitadas de trabalho, nem por isso poderá haver omissão de colaboração quando a oportunidade assim exigir.

5 - Para com os procedimentos e técnicas da pesquisa - Durante o trabalho a equipe zelará pela boa qualidade da informação recolhida. Por tal motivo, existe o dever de proceder com

maior cuidado, exatidão e uniformidade, e de consignar os resultados rigorosamente de acordo com as instruções. Qualquer modificação que se faça nos procedimentos estabelecidos, será anotada com clareza. Sempre que isto aconteça, deverá ser comunicado ao responsável pela pesquisa.

6 - Para com o material da pesquisa - Cuidar adequadamente da manutenção do material e comunicar oportunamente qualquer necessidade ou deficiência a respeito.

Deveres específicos da Equipe:

1 - Do Médico e Responsável pela pesquisa:

- a) Planejar a Pesquisa.
- b) Coordenar e supervisionar as diversas etapas da pesquisa, assim como do trabalho diário durante a fase de exames.
- c) Executar os exames clínicos de todas as pessoas selecionadas, recolher amostra anal com fita adesiva e ano-retal para exame parasitológico e coprocultura respectivamente.
- d) Ajudar a coletar amostras de sangue quando necessário.
- e) Revisar o trabalho da equipe após o término da jornada diária.
- f) Revisar história por história, codificá-las e estabelecer os diagnósticos pertinentes, se possível contando com a colaboração de outros médicos.
- g) Providenciar o envio das amostras ao Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo.
- h) Providenciar transporte para as famílias, em cada dia de atividade.

2 - Do Médico colaborador:

Preencher o formulário da História Clínica (A-

pêndice 1), no que corresponde à identificação, antecedentes e sintomatologia dos diversos órgãos, aparelhos e sistemas. Em circunstâncias especiais, realizar o exame clínico quando faltar o responsável pelo mesmo.

3 - Do Odontólogo:

- a) Realizar o exame oral e dentário e propor soluções ao examinando quando for o caso.
- b) Examinar a acuidade visual dos maiores de 5 anos.
- c) Anotar os achados na correspondente parte da história clínica.

4 - Da Assistente Social:

- a) Localizar os questionários de cada família, correspondentes ao recenseamento de 1966 e levantamento de 1968.
- b) Localizar as famílias sorteadas, de acordo com a lista especial, e entrevistar o chefe das mesmas, estabelecendo um roteiro e cronograma especial para os exames.
- c) Promover reunião da Sociedade Amigos do Bairro Jardim dos Oliveiras, para comunicar-lhes o desenvolvimento desta pesquisa. A esta reunião deverão comparecer os membros da equipe, ou quando menos o médico responsável.
- d) Motivar as famílias escolhidas para que colaborem, participando da pesquisa, segundo as instruções mencionadas neste roteiro.
- e) Fazer as convocações aos exames, de acordo com as recomendações antes estabelecidas, e preencher as Fichas M.1 e M.2, (Apêndice 1).
- f) Esclarecer sobre o procedimento do exame clínico proposto para a família.
- g) Preencher as folhas da História Clínica, correspon

dentes à identificação de cada um dos membros da família.

Reunir numa pasta, todas as histórias dos membros.

Distribuir latinhas e vidros para coleta de fezes e urina.

- h) Nos dias determinados para exames clínicos, deverá comparecer com os membros da equipe, para colaborar no atendimento e instruções dadas às pessoas examinadas.
- i) Estabelecer as necessidades de transporte para as famílias nos dias das consultas, ou para exames especiais.
- j) Providenciar permissão para faltar ao trabalho, com a finalidade de realização dos exames relativos ao membro da família que necessitar.

5 - Da Enfermeira:

- a) Preparar o material para as consultas.
- b) Providenciar: antígenos para os testes cutâneos; vidros com e sem anticoagulante no laboratório da Santa Casa de Misericórdia; e meios de cultura para fezes no Instituto "Adolpho Lutz" de Campinas.
- c) No dia das consultas, receber as amostras de urina e fezes, identificando-as devidamente com o nome, número da história e dia do recebimento.
- d) Pesar, medir altura e temperatura. Calcular a quantidade de glicose e fazer com que cada examinando a ingira. Aplicar os testes cutâneos.
- e) Uma hora depois da ingestão da glicose, retirar sangue da veia e distribuí-lo conforme instruções já mencionadas.
- f) Encaminhar as pessoas para o exame do odontólogo e do médico.

- g) Estar atenta à orientação dada aos pacientes, com respeito aos exames ou outras medidas.
- h) Encaminhar as pacientes ao exame ginecológico quando indicado, instruindo-as sobre este particular e frisando a inocuidade e a importância do exame. Distribuir as latinhas para a coleta da segunda amostra de fezes.
- i) Conferir o andamento dos exames, para evitar falhas e preencher a Ficha M.3, (Apêndice 1).

Caso uma história não esteja totalmente preenchida, deverá ser devolvida a quem for o responsável pela omissão para ser completada devidamente.

- j) Uma vez terminada a jornada de exames diários, juntar o material, ordenar as amostras.
- l) Leitura das reações aos testes cutâneos no domicílio após 72 horas para Mantoux, Schick e Fernandez, e às três semanas para Mitsuda, anotando-as na Folha M 10 - TC. Coleta da segunda e terceira amostras de fezes, e correspondente envio ao laboratório.
- m) Preencher os Formulários para pedidos de exames M 4 - SB; M 4 - SS; M 4 - SP; M 6 - CP; M 7 - CP.FA; M 8 - C; M 9 - S. GS; M 10 - S; (Apêndice 1).
- n) Preencher as folhas Portran.

6 - Da Auxiliar de Enfermagem:

Colaborar nas atividades da Enfermeira e substituí-la em casos de necessidade.

Responsabilizar-se pela execução da esterilização do material necessário para a coleta das amostras, assim como controlar o transporte diário das mesmas aos laboratórios locais e procurar os resultados. Preencher as folhas Portran.

7 - Do Parasitologista:

- a) Exame direto das fitas transparentes "Anal swab".
- b) Exame direto e por concentração da primeira amostra de fezes.
- c) Relatar por escrito os resultados imediatamente ao seu procedimento.

8 - Do Motorista:

- a) Deverá obedecer os horários estabelecidos para o transporte dos componentes da equipe da pesquisa, assim como das famílias sorteadas para efeitos do exame clínico dos seus membros.
- b) Transportar as amostras ao Instituto "Adolpho Lutz" local, e quando possível ao de São Paulo.
- c) Obter material (tubos de ensaio com cultura) para a correspondente coleta de amostras, no Instituto "Adolpho Lutz" da localidade.

9 - Da Secretária e Datilógrafa:

Datilografar a documentação necessária utilizada na pesquisa.

Colaborar no atendimento do pessoal das famílias examinadas, no referente à recepção e quando necessário auxiliar a qualquer um dos membros da equipe da pesquisa.

Preenchimento das folhas Fortran.

Quando necessário, entregar as amostras aos laboratórios na Santa Casa de Misericórdia e procurar os resultados.

10 - Da Equipe em Conjunto:

São as seguintes circunstâncias, as mais importantes para serem consideradas pelos membros da equipe da pesquisa, já que elas identificarão os procedimentos por ela efetuados:

- a) Controle na uniformidade dos procedimentos e registros. A variabilidade estabelecida individualmente pelos membros da equipe, quando não segui-

rem as normas estabelecidas, exerce efeitos adversos sobre a informação procurada em grau mais percentuado que a variabilidade por diferenças reais e naturais dos examinados. Esta situação será mais nociva do que a própria ausência da informação.

- b) Integridade da informação. A omissão ou perda de dados, lesará em forma irreparável a informação coletada, chegando a impedir a análise dos achados.

A soma total de dados defeituosos obtidos nas Histórias obrigará a excluir o material para a análise.

- c) Trate com as pessoas examinadas. Como as pessoas submeter-se-ão voluntariamente aos exames, algumas após repetidas entrevistas de persuasão, será obrigatório proporcionar-lhes bem-estar por todos os meios possíveis. Deve-se como de costume ter paciência com os examinandos, e responder-lhes com a máxima clareza à toda dúvida surgida, assim como explicar suficientemente todo procedimento, sem nunca minimizar ou aumentar os fatos.
- d) Cuidados com o material e aparelhos utilizados na pesquisa. Além de familiarizar-se com o material e funcionamento dos aparelhos a serem utilizados na pesquisa, deverão os membros da equipe zelar pelos mesmos.
- e) Controle do trabalho produzido. Cada História deverá ser revisada folha por folha e item por item, assinalando as falhas com lápis de cor. Corrigi-las logo que possível. A escrita deverá ser clara e facilmente legível. Se possível usar letra de forma. Deverá haver estrito cumprimento dos horários.

O envio das amostras para o Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo em particular, e para os outros laboratórios em geral.

- a) Uma vez obtidas as amostras de sangue para pesquisa de anticorpos, estas deverão ser conservadas no freezer a baixa temperatura. Juntas um número de amostras correspondentes a duas semanas, e então transportá-la a São Paulo, entregando-as pessoalmente. A obtenção dos resultados deverá ser feita na ocasião de uma nova entrega de amostras.
- b) O resto das amostras, deverá ser entregue no correspondente laboratório, se possível no mesmo dia da sua obtenção, em especial as correspondentes à coprocultura, no Instituto "Adolpho Lutz" de Campinas.
- c) Solicitar o recibo devidamente assinado quando da entrega das amostras.

Trabalho preliminar para testar procedimentos.

Antes de começar o trabalho nas famílias sorteadas, testar-se-ão todos os procedimentos, em cinco famílias não pertencentes à amostra escolhida, calculando examinar entre 20 ou 25 pessoas, as quais serão submetidas aos procedimentos de motivação, convocação, transporte e exames, conforme tem sido especificado nos diferentes itens deste apêndice. Este trabalho preliminar tem como finalidade comprovar previsões e tratar de corrigir ou aperfeiçoar a metodologia e técnicas propostas.

Codificação dos dados obtidos nas Histórias Clínicas.

Estará a cargo do médico responsável pela pesquisa na forma já especificada.

Preenchimento das folhas "FORTRAN".

Estará a cargo da Enfermeira, da Auxiliar de Enfermagem e da Secretária-dactilógrafa.

Perfuração dos Cartões IBM e Apuração para análise.

Como colaboração especial, o Instituto de Mate-

mática, Estatística e Ciências da Computação da Universidade Estadual de Campinas encarregar-se-á da perfuração e da computação dos dados.

Formulário para História Clínica. Revisão Bibliográfica. Análise dos dados obtidos. Redação e Impressão do Trabalho.

Estarão a cargo do responsável pela pesquisa.

Calendário das atividades:

1 - Discussão e aprovação destas normas de trabalho, até 30 de novembro de 1968.

2 - Aprovação e primeira impressão da História Clínica, até 31 de dezembro de 1968.

3 - Treinamento para a coleta de amostras em doentes hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia de Campinas, até 31 de janeiro de 1969.

4 - Entrega do planejamento do Trabalho aos Diretores do Instituto "Adolpho Lutz" de São Paulo e de Campinas, até 15 de janeiro de 1969.

5 - Trabalho preliminar para testar procedimentos e nova impressão da História Clínica, até 15 de fevereiro de 1969.

6 - Entrevista das famílias sorteadas para a pesquisa, a partir de 1 de fevereiro de 1969.

7 - Execução dos procedimentos clínicos, codificação dos dados e preenchimento das folhas "FORTRAN", entre a última semana do mês de fevereiro e o mês de setembro de 1969.

8 - Perfuração de cartões IBM a partir de outubro de 1969.

9 - Apuração de dados no computador eletrônico, a partir de dezembro de 1969.

10 - Análise dos dados e redação do trabalho, a partir do mês de janeiro de 1970.

11 - Impressão do trabalho.

12 - Apresentação do trabalho para julgamento, uma vez com
pridas as etapas descritas.

Campinas, novembro de 1968.

MIGUEL IGNÁCIO TOBAR ACOSTA

TABELAS COMPLEMENTARES

APÊNDICE A

TABELA I - Frequência dos valores do peso corporal medido em Kg. Relação com a variável idade.

PESO EM Kg		1-10		11-20		21-30		31-50		51-70		71-90		91 ou mais		TOTAL
IDADE EM ANOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
menos de 2		8	66,7	4	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
2 - 4		2	14,3	12	85,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
5 - 14		-	-	15	23,1	28	43,1	19	29,2	3	4,6	-	-	-	-	65
15 - 24		-	-	-	-	-	-	15	31,9	29	61,7	3	6,4	-	-	47
25 - 44		-	-	-	-	-	-	7	12,3	39	68,4	9	15,8	2	3,5	57
45 - 64		-	-	-	-	-	-	4	16,0	15	60,0	3	12,0	3	12,0	25
65 ou mais		-	-	-	-	-	-	-	-	2	50,0	1	25,0	-	25,0	4
TOTAL		10	4,4	31	13,8	28	12,5	45	20,0	88	39,3	16	7,1	6	2,7	224

TABELA II - Frequência dos valores do peso corporal medido em Kg. Relação com as variáveis sexo e cor.

SESO E COR		PESO EM Kg		1-10		11-20		21-30		31-50		51-70		71-90		91 ou mais		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MASCULINO	BRANCA			8	8,9	17	18,9	13	14,4	12	13,3	32	35,6	6	6,7	2	2,2	90
	NÃO BRANCA			-	-	2	11,1	4	22,2	2	11,1	9	50,0	-	-	1	5,6	18
FEMININO	BRANCA			1	1,1	11	12,4	8	9,0	28	31,5	31	34,8	9	10,1	1	1,1	89
	NÃO BRANCA			1	3,7	1	3,7	3	11,1	3	11,1	16	59,3	1	3,7	2	7,4	27
TOTAL				10	4,4	31	13,8	28	12,4	45	20,0	88	39,6	16	7,1	6	2,7	224
MASCULINO				8	7,4	19	17,6	17	15,7	14	13,0	41	38,0	6	5,6	3	2,8	108
FEMININO				2	1,7	12	10,3	11	9,5	31	26,7	47	40,5	10	8,6	3	2,6	116
BRANCA				9	5,0	28	15,6	21	11,7	40	22,3	63	35,2	15	8,4	3	1,7	179
NÃO BRANCA				1	2,2	3	6,7	7	15,6	5	11,1	25	55,6	1	2,2	3	6,7	45

TABELA III - Frequências dos valores da altura corporal medida em cm. Relação com a variável idade.

ALTURA EM cm		51-70		71-90		91-110		111-130		131-150		151-170		171 ou mais		TOTAL
IDADE EM ANOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
menos de 2		6	50,0	6	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
2 - 4		-	-	8	57,1	6	42,9	-	-	-	-	-	-	-	-	14
5 - 14		-	-	-	-	9	13,8	25	38,5	24	36,9	7	10,8	-	-	65
15 - 24		-	-	-	-	-	-	-	-	9	19,1	33	70,2	5	10,6	47
25 - 44		-	-	-	-	-	-	-	-	6	10,5	39	68,4	12	21,1	57
45 - 64		-	-	-	-	-	-	-	-	3	12,0	21	84,0	1	4,0	25
65 ou mais		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	4
TOTAL		6	2,7	14	6,3	15	6,7	25	11,1	42	18,7	104	46,4	18	8,0	224

TABELA IV - Frequência dos valores da altura medida em cm. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		ALTURA EM CM		51-70		71-90		91-110		111-130		131-150		151-170		171 ou mais		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MASCULINO	BRANCA	4	4,4	8	8,9	8	8,9	11	12,2	13	14,4	34	37,8	12	13,3	90		
	NÃO BRANCA	-	-	1	5,6	1	5,6	3	16,6	3	16,6	7	38,9	3	16,6	18		
FEMININO	BRANCA	1	1,1	5	5,6	5	5,6	9	10,1	19	21,3	48	53,9	2	2,2	89		
	NÃO BRANCA	1	3,7	-	-	1	3,7	2	7,4	7	25,9	15	55,5	1	3,7	27		
TOTAL		6	2,7	14	6,3	15	6,7	25	11,1	42	18,7	104	46,4	18	8,0	224		
MASCULINO		4	3,7	9	8,3	9	8,3	14	12,9	16	14,8	41	37,9	15	13,9	108		
FEMININO		2	1,7	5	4,3	6	5,1	11	9,5	26	22,4	63	54,3	3	2,6	116		
BRANCA		5	2,8	13	7,3	13	7,3	20	11,1	32	17,9	82	45,8	14	7,8	179		
NÃO BRANCA		1	2,2	1	2,2	2	4,4	5	1,1	10	22,2	22	48,9	4	8,9	45		

TABELA V - Frequência dos valores do pulso radial contado durante 1 min. Relação com a variável idade.

FREQUÊNCIA POR min. IDADE EM ANOS		51-60		61-80		81-100		101-120		121-140		141-160		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
menos de 2		-	-	-	-	-	-	-	-	3	25,0	9	75,0	12
2 - 4		-	-	1	7,1	2	14,3	5	35,7	2	14,3	4	28,6	14
5 - 14		1	1,6	14	21,9	39	60,9	9	14,1	1	1,6	-	-	64
15 - 24		4	8,5	25	53,2	15	31,9	3	6,4	-	-	-	-	47
25 - 44		4	7,0	32	56,1	16	28,1	5	8,8	-	-	-	-	57
45 - 64		1	3,8	14	53,8	9	34,6	2	7,7	-	-	-	-	26
65 ou mais		-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	-	-	4
TOTAL		10	4,5	89	39,7	82	36,6	24	10,7	6	2,7	13	5,8	224

TABELA VI - Frequência dos valores do pulso contado durante 1 min. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		FREQUÊNCIA POR min.		51-60		61-80		81-100		101-120		121-140		141-160		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
MASCULINO	BRANCA	7	7,8	39	43,3	27	30,0	5	5,6	4	4,4	8	8,9	90		
	NÃO BRANCA	2	10,5	10	52,6	5	26,3	1	5,3	1	5,3	-	-	19		
FEMININO	BRANCA	2	2,3	31	35,2	40	45,5	7	8,0	6	6,8	2	2,3	88		
	NÃO BRANCA	-	-	11	40,7	13	48,1	2	7,4	1	3,7	-	-	27		
TOTAL		11	4,9	91	40,6	85	38,0	15	6,7	12	5,3	10	4,4	224		
MASCULINO		9	8,3	49	45,0	32	29,4	6	5,5	5	4,6	8	7,3	109		
FEMININO		2	1,7	42	36,5	53	46,1	9	7,8	7	6,1	2	1,7	115		
BRANCA		9	5,1	70	39,3	67	37,6	12	6,7	10	5,6	10	5,6	178		
NÃO BRANCA		2	4,3	21	45,7	18	39,1	3	6,5	2	4,3	-	-	46		

TABELA VII - Frequência dos valores da temperatura corporal medida em graus centígrados. Relação com a variável idade.

IDADE EM ANOS TEMPERATURA MEDIDA EM °C *	menor de 2		2 - 6		7 - 14		15 - 24		25 - 44		45 - 64		65 ou mais		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
35,6 - 36,0	-	-	3	10,3	5	10,0	5	10,6	8	14,0	4	15,4	1	25,0	26	11,6
36,1 - 36,5	4	33,3	7	24,1	15	30,0	17	36,2	19	33,3	5	19,2	-	-	67	29,8
36,6 - 37,0	4	33,3	11	37,9	13	26,0	16	34,0	16	28,5	15	57,7	3	75,0	78	34,7
37,1 - 37,5	2	16,7	6	20,7	12	24,0	7	14,9	14	24,6	2	7,7	-	-	43	19,1
37,6 - 38,0	2	16,7	1	3,4	5	10,0	2	4,3	-	-	-	-	-	-	10	4,4
38,1 - 38,5	-	-	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4
TOTAL	12	100,0	29	100,0	50	100,0	47	100,0	57	100,0	26	100,0	4	100,0	225	100,0

* Temperatura retal medida em pessoas de 3 ou menos anos de idade.
 Temperatura oral medida em pessoas de 4 ou mais anos de idade.

TABELA VIII - Frequência dos valores da temperatura corporal medida em graus centígrados. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR TEMPERATURA EM 20*	Masculino		Feminino		Branca		N. Branca		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
35,6 - 36,0	18	16,5	8	6,9	20	11,2	6	13,0	26	11,6
36,1 - 36,5	39	35,8	28	24,1	51	28,5	16	34,8	67	29,8
36,6 - 37,0	34	31,2	44	37,9	64	35,8	14	30,4	78	34,7
37,1 - 37,5	14	12,8	29	25,0	34	19,0	9	19,6	43	19,1
37,6 - 38,0	4	3,7	6	5,2	9	5,0	1	2,2	10	4,4
38,1 - 38,5	-	-	1	0,9	1	0,6	-	-	1	0,4
TOTAL	109	100,0	116	100,0	179	100,0	46	100,0	225	100,0

* Temperatura retal medida em pessoas de 3 ou menos anos de idade.
 Temperatura oral medida em pessoas de 4 ou mais anos de idade.

TABELA IX -- Frequência dos valores da temperatura corporal medida em graus centígrados. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR TEMPERATURA MEDIDA EM °C *	MASCULINO				FEMININO				TOTAL	
	Branca		N. Branca		Branca		N. Branca			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
35,6 - 36,0	15	16,7	3	15,8	5	5,6	3	11,1	26	11,6
36,1 - 36,5	32	35,6	7	36,8	19	21,3	9	33,3	67	29,8
36,6 - 37,0	29	32,2	5	26,3	35	39,3	9	33,3	78	34,7
37,1 - 37,5	10	11,1	4	21,1	24	27,0	5	18,5	43	19,1
37,6 - 38,0	4	4,4	-	-	5	5,6	1	3,7	10	4,4
38,1 - 38,5	-	-	-	-	1	1,1	-	-	1	0,4
TOTAL	90	100,0	19	100,0	89	100,0	27	100,0	225	100,0

* Temperatura retal medida em pessoas de 3 ou menos anos de idade.
 Temperatura oral medida em pessoas de 4 ou mais anos de idade.

TABELA X - Frequência dos valores da pressão arterial sistólica medida no braço direito e calculada em mm de mercúrio. Relação com a variável idade.

VALORES EM mm. Hg		80-99		100-119		120-139		140-159		160-179		180-199		200-219		220-239		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
IDADE EM ANOS	3 - 4	4	44,4	4	44,4	1	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
	5 - 14	22	34,4	38	59,4	4	6,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64
	15 - 24	9	19,1	28	59,6	10	21,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47
	25 - 44	5	8,8	26	45,6	19	33,3	4	7,0	3	5,3	-	-	-	-	-	-	57
	45 - 64	-	-	6	23,0	11	42,3	2	7,6	3	11,5	2	7,8	1	3,8	1	3,8	26
	65 ou mais	-	-	-	-	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-	-	-	4
TOTAL		40	19,3	102	49,3	45	21,7	7	3,4	9	4,3	2	1,0	1	0,5	1	0,5	207

TABELA XI - Frequência dos valores da pressão sistólica medida no braço direito e calculada em mm de mercurio. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		VALORES EM mm. Hg		80-99		100-119		120-139		140-159		160-179		180-199		200-219		220-239		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MASCULINO	BRANCA	11	14,1	37	47,4	24	30,8	4	5,1	2	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	78
	NÃO BRANCA	3	16,7	9	50,0	3	16,7	-	-	2	11,1	1	5,6	-	-	-	-	-	-	18
FEMININO	BRANCA	21	24,7	42	49,4	15	17,6	3	3,5	3	3,5	1	1,2	-	-	-	-	-	-	85
	NÃO BRANCA	5	19,2	14	53,8	3	11,5	-	-	2	7,7	-	-	1	3,8	1	3,8	-	-	26
TOTAL		40	19,3	102	49,3	45	21,7	7	3,4	9	4,3	2	1,0	1	0,5	1	0,5	-	-	207
MASCULINO		14	14,6	46	47,9	27	28,1	4	4,2	4	4,2	1	1,0	-	-	-	-	-	-	96
FEMININO		26	23,4	56	50,5	18	16,2	3	2,7	5	4,5	1	0,9	1	0,9	1	0,9	-	-	111
BRANCA		32	19,6	79	48,5	39	23,9	7	4,3	5	3,1	1	0,6	-	-	-	-	-	-	163
NÃO BRANCA		8	18,2	23	52,3	6	13,6	-	-	4	9,1	1	2,3	1	2,3	1	2,3	-	-	44

TABELA XII - Frequência dos valores da pressão arterial diastólica medida no braço direito e calculada em mm de mercúrio. Relação com a variável idade.

IDADE EM ANOS		VALORES EM mm. Hg		35-54		55-74		75-94		95-114		115-134		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
3	-	4	3	30,0	7	70,0	-	-	-	-	-	-	-	10
5	-	14	32	50,0	31	48,4	1	1,6	-	-	-	-	-	64
15	-	24	15	31,9	30	63,8	2	4,3	-	-	-	-	-	47
25	-	44	3	5,4	37	66,1	12	21,4	4	7,1	-	-	-	56
45	-	64	2	7,7	11	42,3	6	23,1	5	19,2	2	7,7	-	26
65 ou mais			-	-	1	25,0	2	50,0	1	25,0	-	-	-	4
TOTAL			55	26,6	117	56,5	23	11,1	10	4,8	2	1,0	-	207

TABELA XIII - Frequência dos valores da pressão arterial diastólica medida no braço direito e calculada em mm de mercúrio. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		VALORES EM mm. Hg		35-54		55-74		75-94		95-114		115-134		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MASCULINO	BRANCA			21	26,6	45	57,0	11	13,9	2	2,5	-	-	79
	NÃO BRANCA			4	22,2	9	50,0	2	11,1	2	11,1	1	5,6	18
FEMININO	BRANCA			23	27,4	51	60,7	6	7,1	4	4,8	-	-	84
	NÃO BRANCA			7	26,9	12	46,7	4	15,4	2	7,7	1	3,8	26
TOTAL				55	26,6	117	56,5	23	11,1	10	4,8	2	1,0	207
MASCULINO				25	25,8	54	55,7	13	13,4	4	4,1	1	1,0	97
FEMININO				30	27,3	63	57,3	10	9,1	6	5,5	1	0,9	110
BRANCA				44	27,0	96	58,9	17	10,4	6	3,7	-	-	163
NÃO BRANCA				11	25,0	21	47,7	6	13,6	4	9,1	2	4,5	44

TABELA XIV - Frequência dos valores da acuidade visual do olho direito medida a 5 m. de distância. Relação com a variável idade.

IDADE EM ANOS	AVALIAÇÃO O D	Normal		Deficiên- cia leve		Deficiên- cia Modê- rada		Deficiên- cia Seve- ra		Não enxerga		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
5 - 14		54	83,1	8	12,4	2	3,0	-	-	1	1,5	65
15 - 24		34	72,3	8	17,0	3	6,4	1	2,1	1	2,1	47
25 - 34		21	75,0	3	10,7	3	10,7	-	-	1	3,6	28
35 - 44		17	58,6	8	27,5	2	6,8	-	-	2	6,9	29
45 - 64		8	30,8	8	30,7	5	19,2	1	3,8	4	15,4	26
65 ou mais		2	50,0	-	-	-	-	-	-	2	50,0	4
TOTAL		136	68,3	35	17,6	15	7,5	2	1,0	11	5,5	199

(Deficiência Leve = 20/25-40; Deficiência Moderada = 20/50-80; Deficiência Severa = 20/100).

TABELA XV - Frequência dos valores da acuidade visual do olho esquerdo medida a 5 m. de distância. Relação com a variável idade.

AVALIAÇÃO IDADE EM ANOS	Normal		Deficiência Leve		Deficiência Moderada		Deficiência Severa		Não enxerga		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
5 - 14	54	83,1	9	13,9	2	3,0	-	-	-	-	65
15 - 24	37	78,7	8	17,0	1	2,1	-	-	1	2,1	47
25 - 34	21	75,0	4	14,3	2	7,2	-	-	1	3,6	28
35 - 44	12	41,4	13	44,8	1	3,4	-	-	3	10,7	29
45 - 64	7	26,9	12	46,1	3	11,5	1	3,8	3	11,5	26
65 ou mais	1	25,0	1	25,0	1	25,0	-	-	1	25,0	4
TOTAL	132	66,3	47	23,6	10	5,0	1	0,5	9	5,0	199

(Deficiência Leve = 20/25-40; Deficiência Moderada = 20/50-80; Deficiência Severa = 20/100).

TABELA XVI - Frequência dos valores da acuidade visual do olho direito medi-
da a 5 m. de distância. Relação com as variáveis sexo e cor.

AVALIÇÃO O D		Normal		Deficiên- cia Leve		Deficiên- cia Mode- rada		Deficiên- cia Seve- ra		Não enxerga		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SEXO E COR		136	68,3	35	17,5	15	7,5	2	1,0	11	5,5	199
MASCULINO		70	76,1	12	13,1	4	4,4	1	1,1	5	5,4	92
FEMININO		66	61,7	23	21,5	11	10,3	1	0,9	6	5,6	107
BRANCA		106	67,9	28	17,9	12	7,7	2	1,3	8	5,1	156
NÃO BRANCA		30	69,8	7	16,3	3	7,0	-	-	3	7,0	43
MASCULINO	BRANCA	57	76,0	9	12,0	4	5,3	1	1,3	4	5,3	75
	NÃO BRANCA	13	76,7	3	17,6	-	-	-	-	1	5,9	17
FEMININO	BRANCA	49	60,5	19	23,5	8	9,8	1	1,2	4	4,9	61
	NÃO BRANCA	17	65,4	4	15,3	3	11,5	-	-	2	7,7	26

(Deficiência Leve = 20/25-40; Deficiência Moderada = 20/50-80; Deficiência Severa = 20/100).

TABELA XVII - Frequência dos valores da acuidade visual do olho esquerdo medida a 5 m. de distância. Relação com as variáveis sexo e cor.

AVALIAÇÃO O E		Normal		Deficiência Leve		Deficiência Moderada		Deficiência Severa		Não enxerga		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SEXO E COR		132	63,3	47	30,0	10	5,5	1	0,5	9	4,5	199
MASCULINO		72	78,3	14	15,2	1	1,1	1	1,1	4	4,3	92
FEMININO		60	56,1	33	30,8	9	8,4	-	-	5	4,7	107
BRANCA		103	66,0	38	24,3	8	5,1	1	0,6	6	3,8	156
NÃO BRANCA		29	67,4	9	21,0	2	4,7	-	-	3	7,0	43
MASCULINO	BRANCA	58	77,3	13	17,3	1	1,3	1	1,3	2	2,7	75
	NÃO BRANCA	14	82,4	1	5,9	-	-	-	-	2	11,8	17
FEMININO	BRANCA	45	55,6	25	30,8	7	8,7	-	-	4	4,9	81
	NÃO BRANCA	15	57,7	8	30,7	2	7,7	-	-	1	3,8	26

(Deficiência Leve = 20/25-40; Deficiência Moderada = 20/50-80; Deficiência Severa = 20/100).

TABELA XVIII - Valores do Índice de Cárie Dentária "e.o.e.". Relação com a variável idade.

ÍNDICE IDADE EM ANOS	Nº DE PESSOAS *	c		o		e		"oe"	
		a	b	a	b	a	b	a	b
menos de 2	12	-	-	-	-	-	-	-	-
2	6	1	0,17	-	-	-	-	1	0,66
3	5	8	1,60	-	-	2	0,40	10	2,00
4	3	11	3,67	-	-	-	-	11	3,36
5 ou mais	41	157	3,83	12	0,29	57	1,39	226	5,51
TOTAL	67	171	2,64	12	0,18	59	0,88	248	3,70

(a = Número de dentes afetados; b = Média índice).

* Com 12 ou menos anos de idade.

TABELA XIX - Frequência dos valores dos índices de Cárie Dentária "c.o.e":
Relação com as variáveis sexo e cor.

ÍNDICE SEXO E COR	Nº DE PESSOAS *	c		o		e		"oce"	
		a	b	a	b	a	b	a	b
MASCULINO	42	103	2,45	9	0,21	30	0,71	142	3,38
FEMININO	25	74	2,96	3	0,12	29	1,16	106	4,24
TOTAL	67	177	2,64	12	0,18	59	0,88	248	3,70

BRANCA	57	140	2,46	11	0,19	41	0,72	192	3,37
NÃO BRANCA	10	37	3,70	1	0,10	18	1,80	56	5,60
TOTAL	67	177	2,64	12	0,18	70	0,88	248	3,70

(a = Número de dentes afetados; b = Média índice).
* Com 12 ou menos anos de idade.

TABELA XX - Frequência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "c.o.e". Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		ÍNDICE	Nº DE PESSOAS *	c		o		e		"coe"	
				a		b		a		b	
				a	b	a	b	a	b	a	b
MASCULINO	BRANCA		37	86	2,32	9	0,24	24	0,65	119	3,22
	NÃO BRANCA		5	17	3,40	-	-	6	1,20	23	4,60
FEMININO	BRANCA		20	54	2,70	2	0,10	17	0,85	73	3,65
	NÃO BRANCA		5	20	4,00	1	0,20	12	2,40	33	6,60
TOTAL			57	177	2,64	12	0,18	59	0,88	248	3,70

(a = Número de dentes afetados; b = Média Índice).
 * Com 12 ou menos anos de idade.

TABELA XXI - Frequência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "C.P.O.". Relação com a variável idade.

ÍNDICE IDADE EM ANOS	Nº DE PESSOAS *	C		O		EI		E		"CPO"	
		a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
6	4	3	0,75	3	0,75	-	-	-	-	6	1,50
7 - 14	50	177	3,54	53	1,06	21	0,42	18	0,36	269	5,38
15 - 24	47	284	6,04	261	5,55	56	1,19	220	4,68	821	17,47
25 - 44	57	268	4,70	200	3,51	120	2,11	909	15,95	1487	26,09
45 - 64	25	75	3,00	11	0,44	70	2,80	570	22,80	726	29,04
65 ou mais	4	1	0,25	-	-	1	0,25	115	28,75	117	29,25
TOTAL	187	808	4,32	528	2,82	268	1,43	1832	9,80	3436	18,37

(a = Número de dentes afetados; b = Média índice).

* Com 6 ou mais anos de idade.

TABELA XXII - Frequência dos valores dos índices de Cárie Dentária "C.P.O". Relação com as variáveis sexo e cor.

ÍNDICE SEXO E COR	Nº DE PESSOAS *	C		O		EI		E		"CPO"	
		a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
MASCULINO	83	415	5,00	219	2,64	136	1,64	712	8,58	1482	17,86
FEMININO	104	393	2,78	309	2,97	132	1,27	1120	10,77	1954	18,79
TOTAL	187	808	4,32	528	2,82	268	1,43	1832	9,79	3436	18,37

BRANCA	148	559	3,78	462	3,12	195	1,32	1421	9,60	2637	17,62
NÃO BRANCA	39	249	6,38	66	1,69	73	1,87	411	10,54	799	20,49
TOTAL	187	808	4,32	528	2,82	268	1,43	1832	9,79	3436	18,37

(a = Número de dentes afetados; b = Média índice).

* Com 6 ou mais anos de idade.

TABELA XXIII - Frequência dos valores dos Índices de Cárie Dentária "C.P.O.". Relação com as variáveis sexo e cor.

ÍNDICE SEXO E COR		Nº DE PESSOAS *	C		O		EI		E		"CPO"
			a	b	a	b	a	b	a	b	
MASCULINO	BRANCA	67	292	4,36	194	2,90	94	1,40	587	8,76	1167 17,42
	NÃO BRANCA	16	123	7,69	25	1,56	42	2,63	125	7,31	315 19,69
FEMININO	BRANCA	81	267	3,30	268	3,31	101	1,25	834	10,30	1470 18,15
	NÃO BRANCA	23	126	5,48	41	1,78	31	1,35	286	12,43	484 21,04
TOTAL		187	808	4,32	528	2,82	268	1,43	1832	9,79	3436 18,37

(a = Número de dentes afetados; b = Média índice).
 * Com 6 ou mais anos de idade.

TABELA XXIV - Frequência dos valores do Hematócrito (mm/100 ml. de sangue).
Relação com a variável idade.

HEMATÓCRITO mm/100 ml.		20 ou menos		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
IDADE EM ANOS												
3 - 4		-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	-	4
5 - 14		-	-	-	-	47	79,7	12	20,3	-	-	59
15 - 24		-	-	-	-	18	39,1	28	60,9	-	-	46
25 - 44		1	1,8	1	1,8	20	35,7	33	58,9	1	1,8	56
45 - 64		-	-	-	-	11	44,0	14	56,0	-	-	25
65 ou mais		-	-	-	-	2	50,0	2	50,0	-	-	4
TOTAL		1	0,5	1	0,5	102	52,6	89	45,9	1	0,5	194

TABELA XXV - Frequência dos valores do Hematócrito (mm/100 ml. de sangue). Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		HEMATÓCRITO mm/100 ml.		20 ou menos		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
MASCULINO	BRANCA	-	-	-	-	-	-	26	36,6	44	62,0	1	1,4	71
	NÃO BRANCA	-	-	-	-	-	-	8	44,4	10	55,6	-	-	18
FEMININO	BRANCA	1	1,3	1	1,3	1	1,3	54	68,4	23	29,1	-	-	79
	NÃO BRANCA	-	-	-	-	-	-	14	53,8	12	46,2	-	-	26
TOTAL		1	0,5	1	0,5	1	0,5	102	52,6	89	45,9	1	0,5	194
MASCULINO		-	-	-	-	-	-	34	38,2	54	60,7	1	1,1	89
FEMININO		1	1,0	1	1,0	1	1,0	68	64,8	35	33,3	-	-	105
BRANCA		1	0,7	1	0,7	1	0,7	80	53,3	67	44,7	1	0,7	150
NÃO BRANCA		-	-	-	-	-	-	22	50,0	22	50,0	-	-	44

TABELA XXVI - Frequência dos valores da Hemoglobina medida em gramas por 100 ml. de sangue. Relação com a variável idade.

HEMOGLOBINA: g/100 ml.		7,1 - 9,0		9,1 - 11,0		11,1 - 13,0		13,1 - 15,0		15,1 - 17,5		TOTAL
IDADE EM ANOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		-	-	2	50,0	2	50,0	-	-	-	-	4
2 - 4		-	-	9	15,8	39	68,4	9	15,8	-	-	57
5 - 14		-	-	4	8,7	17	37,0	21	45,7	4	8,7	46
15 - 24		2	3,6	2	3,6	14	25,5	28	50,9	9	16,4	55
25 - 44		-	-	2	8,0	11	44,0	9	36,0	3	12,0	25
45 - 64		-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4
65 ou mais		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		2	1,0	19	9,9	86	45,0	68	35,6	16	8,4	191

TABELA XXVII - Frequência dos valores da Hemoglobina medida em gramas por 100 ml. de sangue. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		HEMOGLOBINA: g/100 ml.												TOTAL	
		7,1 - 9,0		9,1 - 11,0		11,1 - 13,0		13,1 - 15,0		15,1 - 17,5					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
MASCULINO	BRANCA	-	-	4	5,7	21	30,0	33	47,1	12	17,1	70			
	NÃO BRANCA	-	-	1	5,6	6	33,3	8	44,4	3	16,7	18			
FEMININO	BRANCA	1	1,3	10	13,0	44	57,1	22	28,6	-	-	77			
	NÃO BRANCA	1	3,8	4	15,4	15	57,7	5	19,2	1	3,8	26			
TOTAL		2	1,0	19	9,9	86	45,0	68	35,6	16	8,4	191			
MASCULINO		-	-	5	5,7	27	30,7	41	46,6	15	17,0	88			
FEMININO		2	1,9	14	13,6	59	57,3	27	26,2	1	1,0	103			
BRANCA		1	0,7	14	9,5	65	44,2	55	37,4	12	8,2	147			
NÃO BRANCA		1	2,3	5	11,4	21	56,8	13	29,5	4	9,1	44			

TABELA XVIII - Frequência dos valores da Glicemia pesquisada através de método "DEXTRASTIX" 90 minutos após a ingestão de Glicose. Relação com a variável idade.

GLICEMIA: mg/ 100 ml.		Menos de 40		41-65		66-90		91-130		131-150		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
IDADE EM ANOS	2 - 4	-	-	1	16,7	3	50,0	2	33,3	-	-	6
	5 - 14	1	1,6	21	33,9	32	51,6	7	11,3	1	1,6	62
	15 - 24	2	4,3	19	41,3	19	41,3	5	10,9	1	2,2	46
	25 - 44	-	-	20	35,1	23	40,4	10	17,5	4	7,0	57
	45 - 64	1	3,8	4	15,4	10	38,5	6	23,1	5	14,2	26
	65 ou mais	-	-	-	-	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4
TOTAL		4	2,0	65	32,3	88	43,8	31	15,4	13	6,5	201

TABELA XXIX - Frequência dos valores da glicemia pesquisada através do método "DEXTROSTIX" 90 minutos após a ingestão de glicose. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		GLICEMIA: mg/ 100 mL.		Menos de 40		41-65		66-90		91-130		131-150		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
MASCULINO	BRANCA	2	2,7	31	41,3	24	32,0	14	18,7	4	5,3	75		
	NÃO BRANCA	-	-	6	33,3	10	55,6	1	5,6	1	5,6	18		
FEMININO	BRANCA	1	1,2	22	26,8	44	53,7	13	15,9	2	2,4	82		
	NÃO BRANCA	1	3,8	6	23,1	10	38,5	3	11,5	6	23,1	26		
TOTAL		4	2,0	65	32,3	88	43,8	31	15,4	13	6,5	201		
MASCULINO		2	2,2	37	39,8	34	36,6	15	16,1	5	5,4	93		
FEMININO		2	1,9	28	25,9	54	50,0	16	14,8	8	7,4	103		
BRANCA		3	1,9	53	33,8	68	43,3	27	17,2	6	3,8	157		
NÃO BRANCA		1	2,3	12	27,3	20	45,5	4	9,1	7	15,9	44		

TABELA XXX - Frequência dos fatores ABO e Rh. Relação com a variável sexo.

SEXO GRUPOS		MASC.		FEM.		Total		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O	Rh +	31	34,8	36	34,6	67	34,7	74	38,4
	Rh -	4	4,4	3	2,8	7	3,7		
A	Rh +	32	35,9	37	35,5	69	35,8	75	38,9
	Rh -	2	2,2	4	3,8	6	3,1		
AB	Rh +	4	4,4	2	1,9	6	3,1	7	3,6
	Rh -	1	1,1	-	-	1	0,5		
B	Rh +	13	14,6	22	21,1	35	18,1	37	19,1
	Rh -	2	2,2	-	-	2	1,0		
Rh +		80	89,9	97	93,3	117	91,7	193	100,0
Rh -		9	10,1	7	6,7	16	8,3		
TOTAL		89	100,0	104	100,0	193	100,0		

TABELA XXXI - Frequência dos fatores ABO e Rh. Relação com a variável cor.

COR GRUPOS		BRANCA		N. BRANCA		Total		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O	Rh +	47	31,8	20	47,6	67	34,7	74	38,4
	Rh -	6	3,9	1	2,3	7	3,7		
A	Rh +	57	37,7	12	28,5	69	35,8	75	38,9
	Rh -	6	3,9	-	-	6	3,1		
B	Rh +	27	17,8	8	19,0	35	18,1	37	19,1
	Rh -	2	1,3	-	-	2	1,0		
AB	Rh +	5	3,3	1	2,3	6	3,1	7	3,6
	Rh -	1	0,6	-	-	1	0,5		
Rh +		136	90,1	41	97,6	177	91,7	193	100,0
Rh -		15	9,9	1	2,4	16	8,3		
TOTAL		151	100,0	42	100,0	193	100,0		

TABELA XXXII - Resultados sorológicos para Sífilis, segundo a Reação de Aglutinação VDRL. Relação com a variável idade.

REAÇÕES E TÍTULOS	IDADE EM ANOS	Não Reagentes		Reagentes						TOTAL	
		Reagentes		1/1		1/2		Total			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	2 - 4	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	3
	5 - 14	54	98,2	-	-	1	1,8	1	1,8	1	55
	15 - 24	46	97,9	-	-	1	2,1	1	2,1	1	47
	25 - 44	52	94,5	-	-	3	5,5	3	5,5	3	55
	45 ou mais	28	93,4	2	6,6	-	-	-	-	2	30
	TOTAL	183	96,3	2	1,1	5	2,6	7	3,7	7	190

TABELA XXXIII -- Resultados sorológicos para Sífilis, segundo a Reação de Aglutinação VDRL. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		REAÇÕES E TÍTULOS	Não Reagentes		Reagentes						TOTAL	
			Reagentes		1/1		1/2		Total			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
MASCULINO	BRANCA	66	98,5	-	-	1	1,5	1	1,5	1	1,5	67
	NÃO BRANCA	14	82,4	1	5,9	2	11,8	3	17,6	3	17,6	17
FEMININO	BRANCA	79	98,8	-	-	1	1,2	1	1,2	1	1,2	80
	NÃO BRANCA	24	92,3	1	3,8	1	3,8	2	7,7	2	7,7	26
TOTAL		183	96,3	2	1,1	5	2,6	7	3,7	7	3,7	190
MASCULINO		80	95,2	1	1,2	3	3,6	4	4,8	4	4,8	84
FEMININO		130	97,2	1	0,9	2	1,9	3	2,8	3	2,8	106
BRANCA		145	98,6	-	-	2	1,4	2	1,4	2	1,4	147
NÃO BRANCA		38	88,4	2	4,7	3	7,0	5	11,6	5	11,6	43

TABELA XXXIV - Resultados sorológicos para Doença de Chagas, segundo a Reação de Fixação do Complemento (Técnica de KOLMER modificada por BARRACHINI). Reação com a variável idade.

REAÇÕES E TÍTULOS		NÃO Reagentes		Reagentes												TOTAL	
				1/2			1/4			1/8			Porte- mte			Total	
				Nº	%	Nº	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº	%	
IDADE EM ANOS																	
4 ou menos		2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
5 - 14		54	98,2	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	55
15 - 24		44	93,6	-	-	-	-	-	1	2,1	4,3	2	2	4,3	3	6,4	47
25 - 44		52	96,3	-	-	-	-	-	1	1,9	1,9	1	1	1,9	2	3,7	54
45 ou mais		25	86,2	2	6,8	1	3,4	3,4	-	-	-	1	1	3,4	4	13,7	29
TOTAL		177	94,7	3	1,6	1	0,5	0,5	2	1,1	2,1	4	4	2,1	10	5,3	187

TABELA XXXV - Resultados sorológicos para Doença de Chagas, segundo a Reação de Fixação do Complemento (Técnica de KOLMER modificada por BARRACHINI). Relação com as variáveis sexo e cor.

REAÇÕES E TÍTULOS		SEXO E COR		NÃO Reagentes		Reagentes										TOTAL											
						1/2		1/4		1/8		Portemen- te		Total													
MASCULINO		BRANCA		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%												
				15		88,2		1		5,9		-		1		1,5		2		3,0							
FEMININO		BRANCA		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%												
				23		88,5		2		7,7		-		1		3,8		-		3		11,5					
TOTAL		177		94,7		3		1,6		1		0,5		2		1,1		4		2,1		10		5,3		187	
MASCULINO		79		95,2		1		1,2		1		1,2		-		-		2		2,4		4		4,8		83	
FEMININO		98		94,2		2		1,9		-		-		2		1,9		2		1,9		6		5,8		104	
BRANCA		139		96,5		-		-		1		0,7		1		0,7		3		2,1		5		3,5		144	
NÃO BRANCA		38		88,4		3		7,0		-		-		1		2,3		1		2,3		5		11,6		43	

TABELA XXXVI -- Resultados sorológicos para Toxoplasmae, segundo a Reação de Imunofluorescência Indireta. Relação com a variável idade.

REAÇÕES E TÍTULOS		Negativos		Positivos																TOTAL	
				1/256		1/1024		1/2048		1/4000		1/8000		1/16000		1/32000		Total			
IDADE	EM ANOS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
4 ou menos		3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
5 - 14		43	74,1	1	1,7	2	3,4	3	5,2	1	1,7	6	10,3	1	1,7	1	1,7	15	25,9	58	
15 - 24		22	46,8	7	14,9	7	14,9	3	6,4	7	14,9	1	2,1	-	-	-	-	25	53,2	47	
25 - 44		24	42,1	14	24,6	4	7,0	5	8,8	7	12,3	3	5,3	-	-	-	-	33	57,9	57	
45 ou mais		12	41,4	6	20,6	4	13,7	4	13,7	4	13,7	-	-	-	-	-	-	17	58,6	29	
TOTAL		104	52,3	28	14,4	17	8,7	15	7,7	19	9,7	10	5,1	1	0,5	1	0,5	91	46,7	195	

TABELA XXXVII - Resultados sorológicos para Toxoplasmosse, segundo a Reação da Imunofluorescência Indireta. Relação com as variáveis sexo e cor.

REAÇÕES E TÍTULOS		Negati- vos	Positivos																TOTAL		
			L/256		L/1024		L/2048		L/4000		L/8000		L/16000		L/32000		Total				
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
SEXO E COR	BRANCA	37	52,1	7	9,9	6	8,5	5	7,0	8	11,3	6	8,5	1	1,4	1	1,4	34	47,9	71	
	NÃO BRANCA	11	64,7	1	5,9	5	29,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	35,3	17	
FEMININO	BRANCA	43	53,1	17	21,0	4	4,9	6	7,4	9	11,1	2	2,5	-	-	-	-	38	46,9	81	
	NÃO BRANCA	13	50,0	3	11,5	2	7,7	4	15,4	2	7,7	2	7,7	-	-	-	-	13	50,0	26	
TOTAL		104	53,3	28	14,4	17	8,7	15	7,7	19	9,7	10	5,1	1	0,5	1	0,5	91	46,7	195	
MASCULINO			48	54,5	8	9,1	11	12,5	5	5,7	8	9,1	6	6,8	1	1,1	1	1,1	40	45,5	88
FEMININO			56	52,3	20	18,7	6	5,6	10	9,3	11	10,3	4	3,7	-	-	-	51	47,7	107	
BRANCA			80	52,6	24	15,8	10	6,6	11	7,2	17	11,2	8	5,3	1	0,7	1	0,7	72	47,4	152
NÃO BRANCA			24	55,8	4	9,3	7	16,3	4	9,3	2	4,7	2	4,7	-	-	-	19	44,2	43	

TABELA XXXVIII - Resultados sorológicos para Leptopirose, segundo a Reação de Aglutinação (BABUDIERI). Relação com a variável idade.

REAÇÕES E TÍTULOS		Negativos		Positivos												TOTAL	
				1/100		1/200		1/400		1/1600		Total					
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
IDADE EM ANOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
2	- 4	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
5	- 14	54	93,1	3	5,2	1	1,7	-	-	-	-	-	-	4	6,9	58	
15	- 24	44	93,6	1	2,1	1	2,1	1	2,1	-	-	-	-	3	6,4	47	
25	- 44	48	88,9	2	3,7	1	1,9	2	3,7	1	1,9	6	11,1	6	11,1	54	
45 ou mais		29	96,7	-	-	1	3,3	-	-	-	-	-	-	1	3,3	30	
TOTAL		178	92,7	6	3,1	4	2,1	3	1,6	1	0,5	14	7,3			192	

TABELA XXXIX - Resultados sorológicos para Leptospirase, segundo a Reação de Aglutinação (RABUDIERI). Relação com as variáveis sexo e cor.

REAÇÕES E TÍTULOS		Negativos		Positivos										TOTAL	
				1/100		1/200		1/400		1/600		Total			
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
SEXO E COR	BRANCA	67	94,4	1	1,4	2	2,8	1	1,4	-	-	4	5,6	71	
	NÃO BRANCA	16	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	
FEMININO	BRANCA	70	88,6	4	5,1	2	2,5	2	2,5	1	1,3	9	11,4	79	
	NÃO BRANCA	25	96,2	1	3,8	-	-	-	-	-	-	1	3,8	26	
TOTAL		178	92,7	6	3,1	4	2,1	3	1,6	1	0,5	14	7,3	192	
MASCULINO		83	95,4	1	1,1	2	2,3	1	1,1	-	-	4	4,6	87	
FEMININO		95	90,5	5	4,8	2	1,9	2	1,9	1	1,0	10	9,5	105	
BRANCA		137	91,3	5	3,3	4	2,7	3	2,0	1	0,7	13	8,7	150	
NÃO BRANCA		41	97,6	1	7,4	-	-	-	-	-	-	1	2,4	42	

TABELA XI - Resultados sorológicos para Brucelose, segundo a Reação de Aglutinação (WRIGHT). Relação com a variável idade.

IDADE EM ANOS	REAÇÕES E TÍTULOS	Não Reagentes		Reagentes						TOTAL	
				1/2		1/40		Total		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
5 - 14		48	85,7	5	62,5	3	37,5	8	14,3	56	29,5
15 - 24		29	61,7	12	66,7	6	33,3	18	38,3	47	24,7
25 - 44		42	73,3	12	60,0	3	20,0	15	26,3	57	30,8
45 ou mais		25	83,3	4	80,0	1	20,0	5	16,7	30	15,8
TOTAL		144	75,8	33	71,3	13	28,7	46	24,2	190	100,0

TABELA XII - Resultados da reação ao antígeno lepromina, segundo a Prova de MITSUDA-HAYASHI, lida as 3 ou 4 semanas. Relação com a variável idade.

IDADE EM ANOS	RESULTADO EM mm	Não Reatores		Reatores						TOTAL
		Menos de 3 (-)		3 - 5 (+)		6 - 10 (++)		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
menos de 2		9	81,8	2	100,0	-	-	2	18,2	11
2 - 4		8	57,1	6	100,0	-	-	6	42,9	14
5 - 14		34	58,6	22	91,7	2	8,3	24	41,4	58
15 - 24		8	17,4	30	78,9	8	21,1	38	82,6	46
25 - 44		9	16,1	34	72,3	13	27,7	47	83,9	56
45 ou mais		7	31,8	12	63,1	7	36,9	19	68,2	26
TOTAL		75	35,5	106	77,9	30	22,1	136	64,5	211

TABELA XLIII - Resultados da reação ao antígeno lepromina, segundo a Prova de MITSUDA-HAYASHI, lida às 3 ou 4 semanas. Relação com as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		RESULTADO EM mm	Não Reatores		Reatores						TOTAL
			Menos de 3 (-)		3 - 5 (+)		6 - 10 (++)		Total		
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MASCULINO	BRANCA		30	36,1	39	73,6	14	26,4	53	63,9	83
	NÃO BRANCA		9	47,4	8	80,0	2	20,0	10	52,6	19
FEMININO	BRANCA		31	37,8	40	78,4	11	21,6	51	62,2	82
	NÃO BRANCA		5	18,5	19	86,4	3	13,6	22	81,5	27
TOTAL			75	35,5	106	77,9	30	22,1	136	64,5	211
MASCULINO			39	38,2	47	74,6	16	25,4	63	61,8	102
FEMININO			36	33,3	59	80,8	14	19,2	73	66,7	109
BRANCA			61	37,0	79	76,0	25	24,0	104	63,0	165
NÃO BRANCA			14	30,4	27	84,4	5	15,6	32	64,6	46

TABELA XLIII - Resultados da análise semi-quantitativa de sangue oculto, corpos cetônicos, proteínas, glicose e pH na urina, pelo método "LABSTIX".

SUBSTÂNCIAS		Nº	%
SANGUE OCULTO:	Pequena quantidade	13	6,0
	Moderada quantidade	5	2,3
	Grande quantidade	-	-
	Negativo	200	91,7
TOTAL		218	100,0
CORPOS CETÔNICOS:	Pequena quantidade	-	-
	Moderada quantidade	-	-
	Grande quantidade	-	-
	Negativo	218	100,0
TOTAL		218	100,0
PROTEÍNAS:	Traços	33	15,1
	30 mg % (+)	15	6,9
	100 mg % (++)	1	0,5
	300 mg % (+++)	-	-
	1000 mg % (++++)	-	-
	Negativa	169	77,5
TOTAL		218	100,0
GLICOSE:	Clara (I)	2	0,9
	Média (II)	1	0,5
	Escura (III)	-	-
	Negativa	215	98,6
TOTAL		218	100,0
pH:	5,0	79	36,2
	6,0	113	51,8
	7,0	15	6,9
	8,0	3	1,4
	9,0	8	3,7
TOTAL		218	100,0

TABELA XLIV - Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre helmintos e a variável idade.

ESPECIE DE HELMIN- TO IDADE EM ANOS	A. lumbricoides		T. trichiura		S. stercorarius		Ancylostomidae		E. vermicularis		Sch. mansoni		Taenia sp.		H. nana		Nº DE PESSOAS EXAMINADAS
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1 ou menos	3	27,3	2	18,2	-	-	-	-	1	9,1	-	-	-	-	-	-	11
2 - 4	5	38,5	3	23,1	1	7,7	3	23,1	-	-	-	-	-	-	-	-	13
5 - 14	37	59,7	26	41,9	8	12,9	11	17,7	7	11,3	2	3,2	3	4,8	3	4,8	62
15 - 24	10	21,7	8	17,4	5	10,9	9	19,6	2	4,3	5	10,9	2	4,3	2	4,3	46
25 - 44	14	25,0	5	8,9	3	5,4	6	10,7	1	1,8	1	1,8	2	3,6	2	3,6	56
45 ou mais	6	20,6	5	17,2	3	10,3	1	3,4	-	-	-	-	2	6,6	-	-	29
TOTAL	75	34,6	49	22,6	20	9,2	30	3,8	11	5,1	8	3,7	9	4,1	7	3,2	217

TABELA XLV - Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre helmintos e as variáveis sexo e cor.

ESPÉCIE DE HELMINTO SEXO E COR		A. lumbricoides		T. Trichiura		S. stercoralis		Ancylostomídeos		E. vermicularis		Sch. mansoni		Taenia sp.		H. mana		Nº DE PESSOAS EXAMINADAS
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MASC.	BRANCA	32	36,8	23	26,4	11	12,6	10	11,5	5	5,7	5	5,7	2	2,3	2	2,3	87
	N. BRANCA	7	43,8	5	31,3	3	18,8	2	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	16
FEM.	BRANCA	26	29,9	17	19,5	4	4,6	15	17,2	5	5,7	3	3,4	6	6,9	4	4,6	87
	N. BRANCA	10	37,0	4	14,8	2	7,4	3	11,1	1	3,7	-	-	1	3,7	1	3,7	27
TOTAL		75	34,6	49	22,6	20	9,2	30	13,8	11	5,1	8	3,6	9	4,1	7	3,2	217
MASCULINO		39	37,9	28	27,2	14	13,6	12	11,7	5	4,9	5	4,9	2	1,9	2	1,9	103
FEMININO		36	31,6	21	18,4	6	5,3	18	15,8	6	5,3	3	2,6	7	6,1	5	4,4	114
BRANCA		58	33,3	40	23,0	15	8,6	25	14,4	10	5,7	8	4,6	8	4,6	6	3,4	174
NÃO BRANCA		17	39,5	9	20,9	5	11,6	5	11,6	1	2,3	-	-	1	2,3	1	2,3	43

TABELA XLVI - Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre Protozoários e a variável idade.

ESPÉCIE DE PROTOZOÁ RIO IDADE EM ANOS	E. histo- lytica		E. coli		G. lamblia		E. nana		I. buts- chili		T. hominis		Ch. mesni- li		Nº DE PESSOAS EXAMINA- DAS
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
menos de 2	1	9,1	1	9,1	2	18,2	1	9,1	1	9,1	1	9,1	1	9,1	11
2 - 4	-	-	2	15,4	7	53,8	-	-	-	-	-	-	1	7,7	13
5 - 14	5	8,1	14	22,6	13	21,0	11	17,7	2	3,2	2	3,2	4	6,5	62
15 - 24	6	13,0	8	17,4	9	19,6	7	15,2	2	4,3	1	2,2	1	2,2	46
25 - 44	10	17,9	13	23,2	4	7,1	12	21,4	1	1,8	-	-	1	1,8	56
45 ou mais	4	13,7	10	34,4	2	6,8	8	27,5	3	10,3	-	-	2	6,8	29
TOTAL	26	12,0	48	22,1	37	17,1	39	18,0	10	4,6	4	1,8	10	4,6	217

TABELA XLVII - Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método de concentração de HOFFMAN. Relação entre Protozoários e as variáveis sexo e cor.

ESPECIE DE PROTOZOÁRIO		E. histolytica		E. coli		G. lamblia		E. nana		I. batistichii		T. hominis		Ch. mesnili		Nº DE PESSOAS EXAMINADAS
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Ch. mesnili		
														Nº	%	
SEXO E COR	BRANCA	8	9,2	16	18,4	18	20,7	11	12,6	3	3,4	2	2,3	5	5,7	87
		N. BRANCA	1	6,3	5	31,3	2	12,5	3	18,8	2	12,5	-	-	-	-
FEM.	BRANCA	12	13,8	18	20,7	14	16,1	15	17,2	5	5,7	2	2,3	3	3,4	87
		N. BRANCA	5	18,5	9	33,3	3	11,1	10	37,0	-	-	-	-	2	7,4
TOTAL		26	12,0	48	22,1	37	17,1	39	18,0	10	4,6	4	1,8	10	4,5	217
MASCULINO		9	8,7	21	20,3	20	19,4	14	13,6	5	4,9	2	1,9	5	4,9	103
FEMININO		17	14,9	27	23,7	17	14,9	25	21,9	5	4,4	2	1,8	5	4,4	114
BRANCA		20	11,5	34	19,5	32	18,4	26	15,5	8	4,6	4	2,3	8	4,5	174
NÃO BRANCA		6	14,0	14	32,6	5	11,6	13	30,2	2	4,7	-	-	2	4,7	43

TABELA XLVIII - Resultados dos exames parasitológicos de fezes. Número de parasitas infestantes por pessoa, segundo a variável idade.

IDADE EM ANOS Nº DE PARASITAS * POR PESSOA	4 ou menos		5 - 14		15 - 44		45 ou mais		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	5	35,7	18	34,6	27	46,5	12	66,6	62	43,6
2	8	57,1	19	36,5	16	27,5	3	16,6	46	32,2
3	-	-	7	13,4	8	13,7	3	16,6	18	12,6
4	1	7,1	7	13,4	6	13,3	-	-	14	9,8
5	-	-	1	1,9	1	1,7	-	-	2	1,4
TOTAL	14	100,0	52	100,0	58	100,0	18	100,0	142	100,0

(Pessoas examinadas: Total = 217; 4 anos ou menos = 24; 5-14 anos = 62; 15-44 anos = 102; 45 anos ou mais = 29).

*Parasitas patogênicos: helmintos e protozoários.

TABELA XLIX - Resultados dos exames parasitológicos de fezes. Número de parasitas infestantes por pessoa, segundo as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR		MASCULINO				FEMININO				TOTAL	
		Branca		N. Branca		Branca		N. Branca			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Nº DE PARASITAS * POR PESSOA		56	64,3	13	81,2	56	64,3	17	62,9	142	65,4
1		24	42,8	4	30,7	27	40,5	7	41,1	62	43,6
2		18	32,1	4	30,7	17	31,8	7	41,1	46	32,6
3		8	14,2	1	7,9	8	13,0	1	5,8	18	12,6
4		4	7,1	4	30,4	4	11,5	2	12,0	14	9,8
5		2	3,5	-	-	-	-	-	-	2	0,4

(Pessoas examinadas: Total = 217; Masculino branca = 87; Masculino não branca = 16; Feminino branca = 87; Feminino não branca = 27).

* Parasitas patogênicos: helmintos e protozoários.

TABELA I - Resultados dos exames parasitológicos de fezes. Número de parasitas infestantes por pessoa, segundo as variáveis sexo e cor.

SEXO E COR Nº DE PARASITAS POR PESSOA	MASC.		FEM.		BRANCA		N. BRANCA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	69	66,9	73	64,4	112	64,3	30	69,7	142	65,4
	28	40,5	34	46,5	51	45,5	11	36,6	62	43,6
1	22	31,8	24	32,8	35	31,2	11	36,6	46	32,2
2	9	13,0	9	12,3	16	14,2	2	6,6	18	12,6
3	8	11,5	6	8,2	8	7,1	6	20,0	14	9,8
4	2	2,8	-	-	2	1,7	-	-	2	1,4
5										

(Pessoas examinadas: Total = 217; Masculinos = 103; Femininos = 114; Pessoas brancas = 174; Pessoas não brancas = 43).

TABELA LI - Resultados dos exames parasitológicos de fezes pelo método da fl
ta de GRAHN.

ESPECIE DE PARASITA	AMOSTRA	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL
		Nº	%	Nº	%	
<u>Enterobios vermiculares</u>		39	18,2	175	81,7	214 (100,0%)
<u>Ascaris lumbricoides</u>		12	5,6	202	94,3	
<u>Trichouris trichiura</u>		8	3,7	206	96,2	
<u>Taenia sp.</u>		3	1,4	211	98,5	
<u>Acario</u>		2	0,9	212	99,0	
<u>Thioglyfus</u>		1	0,4	213	99,5	

TABELA LII - Resultados das culturas para pesquisa de Enterobactérias em amostras obtidas diretamente da região anorectal com dispositivo especial (1ª amostra), e de fezes (2ª e 3ª amostras).

AMOSTRAS ESPÉCIE DE BACTÉRIAS	1ª		2ª		3ª		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Escherichia coli</u>	14	87,5	1	100,0	12	85,8	27	87,1
<u>Proteus vulgaris</u>	2	12,5	-	-	2	14,2	4	12,9
TOTAL	16	-	1	-	14	-	31	-

(1ª amostra = 220 pessoas; 2ª amostra = 220 pessoas; 3ª amostra = 179 pessoas; Total de amostras = 619).

TABELA LIII - Frequência das condições de morbidade de prevalência diagnosticadas nas pessoas em geral. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES * DIAGNÓSTICOS	1		2		3		4		5		6		7		T O T A L
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Helminthiases intestinais	23	15,3	-	-	74	49,4	-	-	-	-	51	34,0	2	1,3	150
Protozooses intestinais	-	-	-	-	27	56,3	-	-	-	-	21	43,7	-	-	48
Tumores benignos	-	-	1	10,0	-	-	9	90,0	-	-	-	-	-	-	10
Bócio	-	-	5	19,2	-	-	21	80,8	-	-	-	-	-	-	26
Diabetes mellitus	-	-	-	-	1	7,7	-	-	-	-	12	92,3	-	-	13
Deficiências nutricionais	-	-	195	93,8	-	-	13	6,2	-	-	-	-	-	-	208
Obesidade. D. Endócrinas	-	-	4	16,0	-	-	21	84,0	-	-	-	-	-	-	25
Anemia	-	-	1	1,3	72	97,3	-	-	1	1,3	-	-	-	-	74
Alteração mental e emocional	1	9,1	8	72,7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18,2	11
Alcoolmania	41	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41
Doenças dos olhos	1	2,4	11	26,2	-	-	30	71,4	-	-	-	-	-	-	42
Doenças dos ouvidos	16	51,3	7	25,9	-	-	1	3,7	-	-	-	-	3	11,1	27
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	24	92,3	-	-	-	-	1	3,8	-	-	-	-	1	3,8	26
Doença valvular reumática	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	2
Hipertensão arterial	-	-	5	55,6	-	-	3	33,3	-	-	-	-	1	11,1	9
Doença cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	2
Doenças das veias	2	3,9	34	66,7	-	-	15	29,4	-	-	-	-	-	-	51

TABELA LIV - Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas com 4 ou menos anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES *	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DIAGNÓSTICOS	2	16,7	-	-	5	41,6	-	-	-	-	5	41,6	-	-	12
	-	-	-	-	3	42,8	-	-	-	-	4	57,1	-	-	7
	-	-	17	80,9	-	-	4	19,0	-	-	-	-	-	-	21
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1
	3	75,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	4
	1	12,5	6	75,0	-	-	1	12,5	-	-	-	-	-	-	8
	-	-	6	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
	6	37,5	5	31,2	-	-	5	31,2	-	-	-	-	-	-	16
	-	-	-	-	-	-	5	100,0	-	-	-	-	-	-	5
	-	-	2	25,0	-	-	6	75,0	-	-	-	-	-	-	8
	-	-	1	25,0	-	-	3	75,0	-	-	-	-	-	-	4
	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
D. Pele e Tec. Cel. Subcut.	-	-	-	-	-	-	6	100,0	-	-	-	-	-	-	6
Imaturidade	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Adeno e esplenomegalias	-	-	-	-	-	-	18	100,0	-	-	-	-	-	-	18
TOTAL	12	10,2	39	33,0	8	6,8	48	40,6	-	-	10	8,4	1	1,0	118

* (1 = Paciente; 2 e 7 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório; 4 = Médico; 5 = Médico, Laboratório; 6 = Laboratório).

TABELA LV - Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de 5 a 14 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES *	DIAGNÓSTICOS															TOTAL
	1		2		3		4		5		6		7			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Helminthiases intestinais	6	10,9	-	-	26	47,3	-	-	-	-	23	41,8	-	-	55	
Protozooses intestinais	-	-	-	-	8	66,7	-	-	-	-	4	33,3	-	-	12	
Bócio	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3	
Diabetes mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	
Deficiências nutricionais	-	-	52	89,6	-	-	6	10,3	-	-	-	-	-	-	58	
Obesidade. D. Endócrinas	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	2	
Anemia	-	-	1	4,0	24	96,0	-	-	-	-	-	-	-	-	25	
Alteração mental e emocional	-	-	5	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
Alcoolmania	6	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
Doenças dos olhos	1	25,0	-	-	-	-	3	75,0	-	-	-	-	-	-	4	
Doenças dos ouvidos	5	71,4	2	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	6	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
Hipertensão arterial	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	
Outras D.do Sist.Cardiovasc.	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3	
Bronquite, enfisema, asma	9	47,4	4	21,0	-	-	6	31,6	-	-	-	-	-	-	19	
Infes. Respiratórias Agudas	-	-	10	83,3	-	-	2	16,7	-	-	-	-	-	-	12	
D. Respiratórias Superiores	4	7,4	35	64,8	-	-	9	16,7	-	-	-	-	6	11,1	54	

TABELA LVI -- Frequência das condições de morbidade de prevalência instantâneas diagnosticadas nas pessoas de 15 a 44 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES * DIAGNÓSTICOS	1		2		3		4		5		6		7		T O T A L
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	7		
													Nº	%	
Helminthiases intestinais	12	18,7	-	-	34	53,1	-	-	-	-	18	28,1	-	-	64
Protozooses intestinais	-	-	-	-	13	56,5	-	-	-	-	10	43,5	-	-	23
Tumores benignos	-	-	1	12,5	-	-	7	87,5	-	-	-	-	-	-	8
Bócio	-	-	2	12,5	-	-	14	87,5	-	-	-	-	-	-	16
Diabetes mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100,0	-	-	5
Deficiências nutricionais	-	-	101	97,1	-	-	3	2,8	-	-	-	-	-	-	104
Obesidade. D. Endócrinas	-	-	1	7,1	-	-	13	92,8	-	-	-	-	-	-	14
Anemia	-	-	-	-	37	97,3	-	-	1	2,6	-	-	-	-	38
Alteração mental e emocional	1	20,0	3	60,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20,0	5
Alcoolmania	28	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
Doenças dos olhos	-	-	6	22,2	-	-	21	77,8	-	-	-	-	-	-	27
Doenças dos ouvidos	5	45,5	4	36,4	-	-	1	9,0	-	-	-	-	1	9,0	11
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	16	88,9	-	-	-	-	1	5,5	-	-	-	-	1	5,5	18
Doença valvular reumática	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	2
Hipertensão arterial	-	-	3	60,0	-	-	2	40,0	-	-	-	-	-	-	5
Doença cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
Doenças das veias	1	3,4	18	62,0	-	-	10	34,5	-	-	-	-	-	-	29

Tabela IVI - Cont.

Outras D. do Sist. Cardiovasc.	-	-	1	12,5	-	-	7	87,5	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Bronquite, enfisema, asma	7	28,0	12	48,0	-	-	4	16,0	-	-	-	-	-	-	2	8,0	25
Infec. Respiratórias Agudas	-	-	12	63,1	-	-	7	36,9	-	-	-	-	-	-	-	-	19
D. Respiratórias Superiores	9	9,5	52	54,7	-	-	14	14,7	-	-	-	-	-	-	20	21,0	95
Anomalias dentofaciais	-	-	-	-	-	-	83	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	83
Cárie e D. periodontais	-	-	96	92,3	-	-	8	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	104
Doenças digestivas	15	46,9	6	18,7	-	-	10	31,2	-	-	-	-	-	-	1	3,1	32
Doenças geniturinárias	33	45,2	11	15,0	-	-	17	23,3	-	-	-	-	-	-	12	16,4	73
D. Pele e Tec. Cel. Subcut.	5	8,6	15	25,9	-	-	37	63,8	-	-	-	-	-	-	1	1,7	58
D. Sist. osteomuscular	10	47,6	2	9,5	-	-	8	38,0	-	-	-	-	-	-	1	4,8	21
Adeno e esplenomegalias	-	-	5	12,8	-	-	34	87,2	-	-	-	-	-	-	-	-	39
Lesões corporais	-	-	2	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	95,0	40
Blenorragia	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Sífilis latente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	4
Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100,0	-	-	-	5
Toxoplasmose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	100,0	-	-	-	58
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100,0	-	-	-	9
TOTAL	142	13,2	353	32,8	87	8,1	302	28,1	1	0,1	109	10,1	80	7,4	1074		

* (1 = Paciente, Médico; 2 e 7 = Paciente, Médico, Laboratório; 4 = Médico; 5 = Médico, Laboratório; 6 = Laboratório).

TABELA LVII - Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de 45 ou mais anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES *	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DIAGNÓSTICOS	3	15,8	-	-	9	47,4	-	-	-	-	5	26,3	2	10,5	19
	-	-	-	-	3	50,0	-	-	-	-	3	50,0	-	-	6
	-	-	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	2
	-	-	3	42,8	-	-	4	57,1	-	-	-	-	-	-	7
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	100,0	-	-	7
	-	-	25	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25
	-	-	2	22,2	-	-	7	77,8	-	-	-	-	-	-	9
	-	-	-	-	11	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	11
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
	7	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
	-	-	5	45,4	-	-	6	54,5	-	-	-	-	-	-	11
	2	50,0	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	4
	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	-	-	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	1
1	4,5	16	72,7	-	-	-	-	5	22,7	-	-	1	100,0	22	
-	-	2	33,3	-	-	-	-	4	66,7	-	-	-	-	6	

TABELA IVIII - Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas do sexo masculino. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES *	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Helminthiases intestinais	7	9,2	-	-	34	44,7	-	-	-	-	34	44,7	1	1,3	76
Protozooses intestinais	-	-	-	-	13	59,0	-	-	-	-	9	40,9	-	-	22
Tumores benignos	-	-	1	16,7	-	-	5	83,3	-	-	-	-	-	-	6
Bócio	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3
Diabetes mellitus	-	-	-	-	1	20,0	-	-	-	-	4	80,0	-	-	5
Deficiências nutricionais	-	-	91	91,9	-	-	8	8,0	-	-	-	-	-	-	99
Obesidade. D. Endócrinas	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	-	-	-	4
Anemia	-	-	1	2,6	36	94,7	-	-	1	2,6	-	-	-	-	38
Alteração mental e emocional	1	16,7	3	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	33,3	6
Alcoolmania	27	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
Doenças dos olhos	1	5,5	5	27,8	-	-	12	66,7	-	-	-	-	-	-	18
Doenças dos ouvidos	8	57,1	5	35,7	-	-	1	7,1	-	-	-	-	-	-	14
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	8	88,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11,1	9
Doença valvular reumática	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1
Hipertensão arterial	-	-	2	50,0	-	-	2	50,0	-	-	-	-	-	-	4
Doença cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
Doenças das veias	-	-	6	66,7	-	-	3	33,3	-	-	-	-	-	-	9

Tabela LVIII - Cont.

Outras D.do Sist.Cardiovasc.	-	-	1	10,0	-	-	-	9	90,0	-	-	-	-	-	-	-	10
Bronquite, enfisema, asma	13	33,3	18	46,1	-	-	-	7	17,9	-	-	-	-	-	1	2,6	39
Infes. Respiratórias Agudas	-	-	20	77,0	-	-	-	6	23,0	-	-	-	-	-	-	-	26
D. Respiratórias Superiores	12	13,6	50	56,8	-	-	-	16	18,2	-	-	-	-	10	11,4	88	
Anomalias dentofaciais	-	-	-	-	-	-	-	79	100,0	-	-	-	-	-	-	-	79
Cárie e D. periodontais	-	-	73	78,5	-	-	-	20	21,5	-	-	-	-	-	-	-	93
Doenças digestivas	9	34,6	6	23,0	-	-	-	10	38,5	-	-	-	-	1	3,8	26	
Doenças geniturinárias	5	16,7	5	16,7	-	-	-	16	53,3	-	-	-	-	4	13,3	30	
D. Pele e Tec.Cel. Subcut.	2	3,8	13	24,5	-	-	-	37	69,8	-	-	-	-	1	1,8	53	
D. Sist. osteomuscular	6	31,6	1	5,3	-	-	-	12	63,1	-	-	-	-	1	5,3	20	
Anomalias congênitais	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	2
Adeno e esplenomegalias	-	-	3	3,9	-	-	-	74	96,1	-	-	-	-	-	-	-	77
Lesões corporais	-	-	2	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	92,3	26	
Sífilis latente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	3
Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	4
Toxoplasmose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	100,0	-	-	-	40
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	4
TOTAL	99	10,3	306	31,7	84	8,7	328	34,0	1	0,1	98	10,2	47	4,9	96,3		963

* (1 = Paciente; 2 e 7 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório; 4 = Médico; 5 = Médico, Laboratório; 6 = Laboratório).

TABELA LIX - Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas do sexo feminino. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES *	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Helminthiases intestinais	16	21,6	-	-	40	54,0	-	-	-	-	17	23,0	1	1,3	74
Protozooses intestinais	-	-	-	-	14	53,8	-	-	-	-	12	46,1	-	-	26
Tumores benignos	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	-	-	-	4
Bócio	-	-	5	21,7	-	-	18	78,3	-	-	-	-	-	-	23
Diabetes mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100,0	-	-	8
Deficiências nutricionais	-	-	104	95,4	-	-	5	4,6	-	-	-	-	-	-	109
Obesidade, D. Endócrinas	-	-	4	19,0	-	-	17	80,9	-	-	-	-	-	-	21
Anemia	-	-	-	-	36	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	36
Alteração mental e emocional	-	-	5	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Alcoolmania	14	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Doenças dos olhos	-	-	6	25,0	-	-	18	75,0	-	-	-	-	-	-	24
Doenças dos ouvidos	8	61,5	2	15,4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	23,0	13
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	16	94,1	-	-	-	-	1	5,8	-	-	-	-	-	-	17
Doença valvular reumática	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
Hipertensão arterial	-	-	3	60,0	-	-	1	20,0	-	-	-	-	1	20,0	5
Doença cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
Doenças das veias	2	4,8	28	66,6	-	-	12	28,6	-	-	-	-	-	-	42

Tabela LIX - Cont.

Outras D.do Sist.Cardiovasc.	-	-	2	28,6	-	-	-	-	5	71,4	-	-	-	-	-	-	-	7
Bronquite, enfisema, asma	8	30,8	11	42,3	-	-	-	-	5	19,2	-	-	-	-	-	2	7,7	26
Infec. Respiratórias Agudas	-	-	10	55,6	-	-	-	-	8	44,4	-	-	-	-	-	-	-	18
D. Respiratórias Superiores	10	10,9	49	53,3	-	-	-	-	14	15,2	-	-	-	-	-	19	20,6	92
Anomalias dentofaciais	-	-	-	-	-	-	-	-	82	100,0	-	-	-	-	-	-	-	82
Cárie e D. periodontais	-	-	82	80,4	-	-	-	-	20	19,6	-	-	-	-	-	-	-	102
Doenças digestivas	7	26,9	5	19,2	-	-	-	-	11	42,3	-	-	-	-	-	3	11,5	26
Doenças geniturinárias	34	45,3	11	14,7	-	-	-	-	14	18,7	1	1,3	-	-	-	14	18,7	75
D. Pele e Tec.Cel. Subcut.	4	9,3	6	13,9	-	-	-	-	33	76,7	-	-	-	-	-	-	-	43
D. Sist. osteomuscular	9	47,4	4	21,0	-	-	-	-	6	31,6	-	-	-	-	-	-	-	19
Anomalias congênitas	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	2
Imaturidade	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Adeno e esplenomegalias	-	-	3	7,9	-	-	-	-	35	92,1	-	-	-	-	-	-	-	38
Lesões corporais	-	-	1	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	97,4	39
Blenorragia	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
Sífilis latente	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Toxoplasmose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
TOTAL	128	12,0	342	32,0	94	8,8	312	29,2	1	0,1	108	10,1	83	7,8	1058			

* (1 = Paciente; 2 e 7 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório; 4 = Médico; 5 = Médico, Laboratório; 6 = Laboratório).

TABELA LX - Frequência das condições de morbidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de cor branca. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES * DIAGNÓSTICOS	1		2		3		4		5		6		7		T O T A L
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Helminthiases intestinais	18	15,2	-	-	56	47,4	-	-	-	-	42	35,6	2	1,7	118
Protozooses intestinais	-	-	-	-	22	56,4	-	-	-	-	17	43,6	-	-	39
Tumores benignos	-	-	1	11,1	-	-	8	88,8	-	-	-	-	-	-	9
Bócio	-	-	4	21,0	-	-	15	78,9	-	-	-	-	-	-	19
Diabetes mellitus	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	6	85,7	-	-	7
Deficiências nutricionais	-	-	157	94,0	-	-	10	6,0	-	-	-	-	-	-	167
Obesidade. D. Endócrinas	-	-	2	11,1	-	-	16	88,8	-	-	-	-	-	-	18
Anemia	-	-	1	1,7	58	96,6	-	-	1	1,7	-	-	-	-	60
Alteração mental e emocional	1	11,1	6	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22,2	9
Alcoolmania	35	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
Doenças dos olhos	1	3,2	10	32,2	-	-	20	64,5	-	-	-	-	-	-	31
Doenças dos ouvidos	12	60,0	5	25,0	-	-	1	5,0	-	-	-	-	2	10,0	20
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	21	91,3	-	-	-	-	1	4,3	-	-	-	-	1	4,3	23
Doença valvular reumática	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	2
Hipertensão arterial	-	-	3	60,0	-	-	2	40,0	-	-	-	-	-	-	5
Doença cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Doenças das veias	2	4,9	29	70,7	-	-	10	24,4	-	-	-	-	-	-	41

TABELA LXXI - Frequência das condições de morbilidade de prevalência instantânea diagnosticadas nas pessoas de cor não branca. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÕES *	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL
	DIAGNÓSTICOS														
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Helminthiases intestinais	5	15,6	-	-	18	56,2	-	-	-	-	9	28,1	-	-	32
Protozooses intestinais	-	-	-	-	5	55,5	-	-	-	-	4	44,4	-	-	9
Tumores benignos	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1
Bócio	-	-	1	14,3	-	-	6	85,7	-	-	-	-	-	-	7
Diabetes mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100,0	-	-	6
Deficiências nutricionais	-	-	38	92,7	-	-	3	7,3	-	-	-	-	-	-	41
Obesidade. D. Endócrinas	-	-	2	28,6	-	-	5	71,4	-	-	-	-	-	-	7
Anemia	-	-	-	-	14	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Alteração mental e emocional	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Alcoolmania	6	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Doenças dos olhos	-	-	1	9,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Doenças dos ouvidos	4	57,1	2	28,6	-	-	10	90,9	-	-	-	-	1	14,3	7
Doenças do Sist. Nerv. Cent.	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Hipertensão arterial	-	-	2	50,0	-	-	1	25,0	-	-	-	-	1	25,0	4
Doença cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
Doenças das veias	-	-	5	50,0	-	-	5	50,0	-	-	-	-	-	-	10
Outras D.do Sist.Cardiovasc.	-	-	-	-	-	-	4	100,0	-	-	-	-	-	-	4

Tabela LXI - Cont.

Bronquite, enfisema, asma	-	-	8	61,5	-	-	-	-	4	30,8	-	-	-	-	1	7,7	13
Infee. Respiratórias Agudas	-	-	5	38,5	-	-	-	-	8	61,5	-	-	-	-	-	-	13
D. Respiratórias Superiores	3	10,0	18	60,0	-	-	-	-	7	23,3	-	-	-	-	2	6,6	30
Anomalias dentofaciais	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	-	-	-	-	-	-	35
Cárie e D. periodontais	-	-	34	85,0	-	-	-	-	6	15,0	-	-	-	-	-	-	40
Doenças digestivas	2	20,0	-	-	-	-	-	-	6	60,0	-	-	-	-	2	20,0	10
Doenças geniturinárias	6	26,1	3	13,0	-	-	-	-	8	34,8	1	4,3	1	4,3	4	17,4	23
D. Pele e Tec.Cel. Subcut.	1	4,8	1	4,8	-	-	-	-	19	90,4	-	-	-	-	-	-	21
D. Sist. osteomuscular	3	42,8	-	-	-	-	-	-	3	42,8	-	-	-	-	1	14,3	7
Anomalias congênitas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1
Imaturidade	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Adeno e esplenomegalias	-	-	2	7,4	-	-	-	-	25	92,6	-	-	-	-	-	-	27
Lesões corporais	-	-	1	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	92,8	14
Blenorragia	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Sífilis latente	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Toxoplasmose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	33	7,6	127	29,3	40	9,2	158	36,5	1	0,2	48	11,1	26	6,0	433		

* (1 = Paciente; 2 e 7 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório; 4 = Médico; 5 = Médico, Laboratório; 6 = Laboratório).

TABELA IXII - Frequência das condições de morbidade de incidência geral, diagnosticadas no período de um mês. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA *		1		2		3		TOTAL
DIAGNÓSTICOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		8	67,7	4	33,3	-	-	12
Enterite, Diarréia		-	-	-	-	1	100,0	1
Blenorragia		1	100,0	-	-	-	-	1
Helminíase Intestinal		-	-	-	-	3	100,0	3
Protozooses Intestinais		-	-	-	-	2	100,0	2
Anemia		-	-	3	100,0	-	-	3
Doenças Inflamatórias dos Olhos		-	-	1	100,0	-	-	1
Otite Média		-	-	30	100,0	-	-	30
Infecções Respiratórias Agudas		1	100,0	-	-	-	-	1
Outras Doenças Aparelho Geniturinário		3	100,0	-	-	-	-	3
Hiperemese Gravídica		-	-	1	100,0	-	-	1
Infecções Pele, Tecido Celular Subcutâneo		-	-	1	100,0	-	-	1
Acidentes de Trânsito		-	-	3	100,0	-	-	3
Lesões de Causas Externas		13	20,9	43	69,3	6	9,7	62
TOTAL								

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).

TABELA LXIII - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 4 ou menos anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA * DIAGNÓSTICOS	1		2		3		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Enterite, Diarréia	1	33,3	2	66,7	-	-	3
Protozooses Intestinais	-	-	-	-	1	100,0	1
Doenças Inflamatórias dos Olhos	-	-	1	100,0	-	-	1
Infecções Respiratórias Agudas	-	-	9	100,0	-	-	9
TOTAL	1	7,1	12	85,8	1	7,1	14

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).

TABELA LXIV - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 5 a 14 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA *		1		2		3		TOTAL
DIAGNÓSTICOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		1	100,0	-	-	-	-	1
Enterite, Diarréia		1	100,0	-	-	-	-	1
Helminíase Intestinal		-	-	-	-	1	100,0	1
Protozooses Intestinais		-	-	2	100,0	-	-	2
Doenças Inflamatórias dos Olhos		-	-	1	100,0	-	-	1
Otite Média		1	14,3	6	85,7	-	-	7
Infecções Respiratórias Agudas		-	-	1	100,0	-	-	1
Infecções Pele, Tecido Celular Subcutâneo		3	21,3	10	71,6	1	7,1	14
TOTAL								

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).

TABELA LXV - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 15 a 44 anos de idade. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA *	DIAGNÓSTICOS						1			2			3			T O T A L															
	Enterite, Diarréia			Blenorragia			Protozooses Intestinais			Anemia			Infecções Respiratórias Agudas				Outras Doenças Aparelho Geniturinário			Hiperemese Gravídica			Acidentes de Trânsito			Lesões de Causas Externas					
	Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%			Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%				
	4	57,1		3	42,9		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	7			
	-	-		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	1			
	-	-		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	1			
	-	-		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	2			
	-	-		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	12			
	1	100,0		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	1			
	3	100,0		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	3			
	-	-		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	1			
	-	-		-	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	2			
	8	26,7		18	60,0		4		13,3		30																				
	TOTAL																														

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).

TABELA LXVI - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de 45 ou mais anos de idade. Percepção de doença pelo paciente e pelo médico.

DIAGNÓSTICOS	PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA *		1		2		T O T A L
			Nº	%	Nº	%	
Enterite, Diarréia			1	100,0	-	-	1
Infecções Respiratórias Agudas			-	-	2	100,0	2
Lesões de Causas Externas			-	-	1	100,0	1
TOTAL			1	25,0	3	75,0	4

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico).

TABELA LXVII - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas do sexo masculino. Percepção de doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

DIAGNÓSTICOS	PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA *			1		2		3		TOTAL
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Enterite, Diarréia				4	66,7	2	33,3	-	-	6
Protozooses Intestinais				-	-	-	-	2	100,0	2
Anemia				-	-	-	-	1	100,0	1
Doenças Inflamatórias dos Olhos				-	-	3	100,0	-	-	3
Otitite Média				-	-	1	100,0	-	-	1
Infeções Respiratórias Agudas				-	-	20	100,0	-	-	20
Outras Doenças Aparelho Geniturinário				1	100,0	-	-	-	-	1
Infeções Pele, Tecido Celular Subcutâneo				-	-	1	100,0	-	-	1
Acidentes de Trânsito				-	-	1	100,0	-	-	1
Lesões de Causas Externas				-	-	3	100,0	-	-	3
TOTAL				5	12,8	31	79,5	3	7,7	39

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).

TABELA LXVIII - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnóstica-
das no período de um mês, nas pessoas do sexo feminino. Percep-
ção de doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA*								T O T A L
DIAGNÓSTICOS	1		2		3			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Enterite, Diarréia	2	33,3	4	66,7	-	-	6	
Helminthiase Intestinal	1	100,0	-	-	-	-	1	
Protozooses Intestinais	-	-	-	-	1	100,0	1	
Blenorragia	-	-	-	-	1	100,0	1	
Anemia	-	-	-	-	1	100,0	1	
Infeções Respiratórias Agudas	1	10,0	9	90,0	-	-	10	
Hiperemese Gravídica	3	100,0	-	-	-	-	3	
TOTAL	7	30,4	13	56,2	3	13,4	23	

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).

TABELA IXX - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, nas pessoas de cor branca. Percepção de doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

DIAGNÓSTICOS	PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA *			1			2			3			TOTAL
				Nº	%		Nº	%		Nº	%		
Enterite, Diarréia				7	77,7		2	22,2		-	-		9
Gonorréia				-	-		-	-		1	100,0		1
Helminíase Intestinal				1	100,0		-	-		-	-		1
Protozooses Intestinais				-	-		-	-		2	100,0		2
Anemia				-	-		-	-		2	100,0		2
Doenças Inflamatórias dos Olhos				-	-		2	100,0		-	-		2
Otite Média				-	-		1	100,0		-	-		1
Infecções Respiratórias Agudas				-	-		25	100,0		-	-		25
Outras Doenças Aparelho Geniturinário				1	100,0		-	-		-	-		1
Hiperemese Gravídica				2	100,0		-	-		-	-		2
Infecções Pele, Tecido Celular Subcutâneo				-	-		1	100,0		-	-		1
Acidentes de Trânsito				-	-		1	100,0		-	-		1
Lesões de Causas Externas				-	-		2	100,0		-	-		2
TOTAL				11	22,0		34	68,0		5	10,0		50

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).

TABELA IXX - Frequência das condições de morbidade de incidência diagnosticadas no período de um mês, em pescas de cor não branca. Percepção da doença pelo paciente, pelo médico e pelo laboratório.

PERCEPÇÃO DA SINTOMATOLOGIA *	1		2		3		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
DIAGNÓSTICOS							
Enterite, Diarréia	1	33,3	2	66,7	-	-	3
Protoparasitoses Intestinais	-	-	-	-	1	100,0	1
Doenças Inflamatórias dos Olhos	-	-	1	100,0	-	-	1
Infecções Respiratórias Agudas	1	20,0	4	80,0	-	-	5
Hiperemese Gravídica	1	100,0	-	-	-	-	1
Lesões de Causas Externas	-	-	1	100,0	-	-	1
TOTAL	3	25,0	8	66,7	1	8,3	12

* (1 = Paciente; 2 = Paciente, Médico; 3 = Paciente, Médico, Laboratório).