

Boletim Epidemiológico

Relação da mortalidade infantil com os anos de estudo da mãe e o peso ao nascer. Rio Grande do Sul, 2001 a 2008.

Airton Fischmann¹, Luciana Sehn²

¹Divisão de Apoio Técnico, NASS, CEVS/RS - E-mail: airton-fischmann@saude.rs.gov.br

²Divisão de Apoio Técnico, NASS, CEVS/RS - E-mail: luciana-sehn@saude.rs.gov.br

Introdução

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) pode ser dividido em dois componentes básicos: Coeficiente de Mortalidade Neonatal (CMN), que vai do nascimento até os 27 dias de vida, e o Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal (CMPN), que inclui os óbitos a partir dos 28 dias de vida, até 11 meses e 29 dias, ou seja, antes de completar um ano de vida. As causas que levam ao óbito nestes dois períodos de vida são diferentes. No primeiro mês de vida, a morte ocorre por causas geralmente ligadas ao período pré-natal: acompanhamento insuficiente da gravidez (ausência ou poucas consultas pré-natais), desnutrição da mãe, hipertensão, hemorragias e outras causas que geralmente vão ocasionar partos prematuros e/ou crianças com baixo peso ao nascer. Isto pode levar a complicações no pós-parto imediato, por exemplo: bebês que sofrem anóxia (dificuldade respiratória) ou septicemia (infecção generalizada). Além destas causas, as anomalias congênitas, geralmente, são muito graves neste período de vida. Se a criança completa o primeiro mês de vida, a partir daí, começa a “sofrer” agressão do meio ambiente: aparecem as doenças respiratórias (principalmente a pneumonia) e gastrointestinais (diarreia) e doenças transmissíveis que podem ser prevenidas pelo uso de vacinas.

No Rio Grande do Sul houve uma grande redução da mortalidade infantil, a partir de meados da década de 70, quando morriam 55 crianças no primeiro ano de vida para cada mil nascidos vivos, chegando a 15 mortes de menores de um ano para cada mil nascidos vivos em 1999. A partir dessa taxa (15/1.000NV), a diminuição da mortalidade infantil, no Rio Grande do Sul, deu-se de forma mais lenta, baixando somen-

te 2,5 óbitos por mil nascidos vivos num período de oito anos (até 2008). A justificativa para essa queda mais lenta, provavelmente, deve-se ao fato de que as soluções possíveis para reduzir a mortalidade no primeiro mês de vida são mais difíceis de serem aplicadas do que aquelas relacionadas à mortalidade pós-neonatal. O enfrentamento da mortalidade infantil tem sido feito, principalmente, pela atenção pré-natal resolutiva e diferenciada, assistência contínua aos nascimentos de risco, melhores cuidados em sala de parto, com a utilização de equipamentos adequados, acompanhamento pediátrico e de enfermagem. No entanto, pode-se dizer que são muitas as causas que levam ao adoecimento de uma criança.

A identificação das causas que determinam as doenças e sua consequência mais nefasta, a morte, é o ponto-chave para a redução da mortalidade. Estas causas podem ser biológicas, hereditárias, sociais, econômicas e ambientais. Geralmente, ocorrem de forma associada e dificilmente um indivíduo vai adoecer devido a somente uma causa. Determinadas pessoas ou grupos populacionais têm maior “facilidade” para adoecer. Isto ocorre porque apresentam um maior número de fatores de risco. O risco determina a probabilidade de ocorrer a doença. Observa-se, então, que algumas crianças têm maior risco de adoecer e/ou morrer porque apresentam um maior número de fatores de risco.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) registram algumas variáveis que podem ser identificadas como fatores de risco: baixo peso ao nascer, instrução da mãe (anos de estudo), visitas de pré-natal, duração da gestação, idade da mãe e tipo de parto. Procurou-se, ao analisar os dois Sistemas, encontrar possíveis relações entre as variáveis antes mencionadas. Embora, e como antes referido, a causa da doença e/ou do falecimento seja devida a uma série de fatores de risco que ocorrem simultaneamente, muitas vezes é difícil encontrar-se associações entre variáveis socioeconômicas e mortalidade pela análise de dados secundários. Assumindo-se que baixa escolaridade geralmente está associada aos piores indicadores de saúde e pode ser utilizada como indicador de população com condições inadequadas de vida, utilizaram-se anos de estudo da mãe e peso ao nascer como variáveis capazes de modificar o CMI.

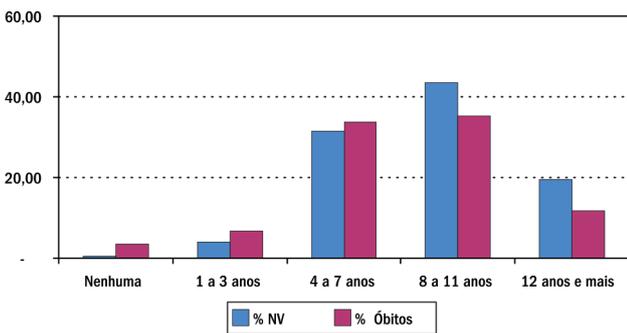
Método

Utilizaram-se as variáveis peso ao nascer e anos de estudo da mãe, contidas na Declaração de Nascido Vivo (DN) e na Declaração de Óbito (DO), obtidas no sítio do DATASUS, referentes aos nascidos vivos e menores de um ano falecidos residentes no Rio Grande do Sul, de 2001 a 2008. O peso ao nascer foi classificado em normal (2.500 gramas ou mais), baixo-peso (1.500 a 2.499 gramas) e muito baixo-peso (menos de 1.500 gramas). A instrução é classificada em anos de estudo e em cinco categorias: nenhuma, um a três, quatro a sete, oito a onze e doze e mais anos de estudo.

Resultados

A proporção dos anos de estudo das mães dos nascidos vivos em relação à proporção dos anos de estudo das mães dos menores de um ano que faleceram pode ser observada na Figura 1. À medida que aumenta a proporção dos anos de estudo das mães de nascidos vivos, a proporção de mortes infantis diminui.

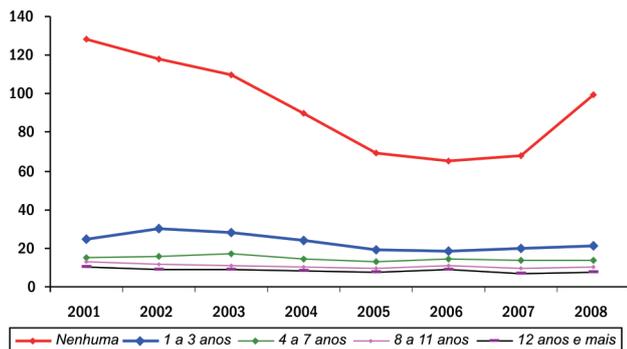
Figura 1 - Proporção entre o número de nascidos vivos e o número de óbitos infantis, segundo anos de estudo da mãe, Rio Grande do Sul, 2008.



Fonte: calculado a partir de dados do SIM e SINASC/DATASUS/MS

A série histórica do CMI segundo escolaridade da mãe revela uma tendência decrescente, principalmente nos filhos de mães sem escolaridade ou com até três anos de estudo. Não ocorreram alterações na mortalidade de filhos de mães com mais de quatro anos de estudo (Figura 2).

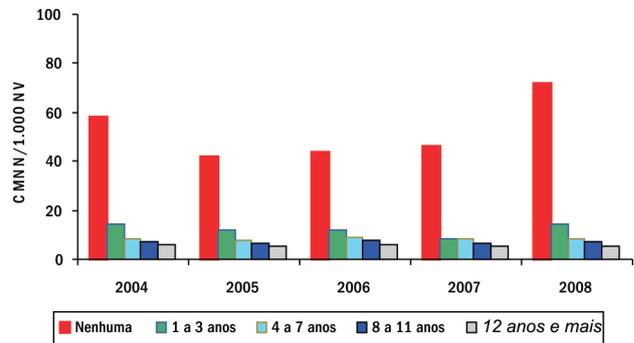
Figura 2 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo anos de estudo da mãe, Rio Grande do Sul, 2001 a 2008.



Fonte: calculado a partir de dados do SIM e SINASC/DATASUS/MS

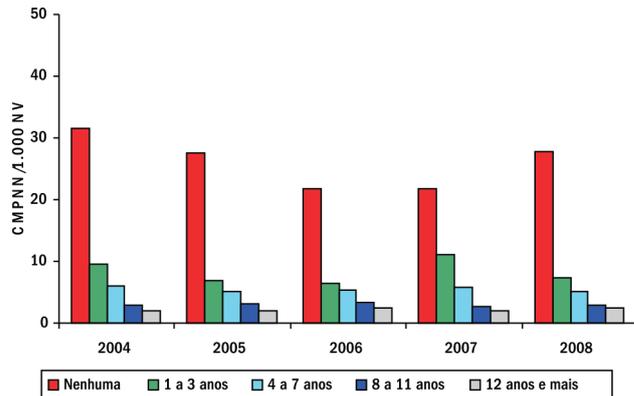
Observando-se o CMN e o CMPN, no período de 2004 a 2008, verifica-se aumento da mortalidade infantil em 2007 e 2008 para os filhos de mães de baixa escolaridade (nenhuma instrução ou até três anos de estudo) (Figuras 3 e 4).

Figura 3 - Coeficiente de Mortalidade Neonatal, segundo anos de estudo da mãe e ano de ocorrência, Rio Grande do Sul, 2004 a 2008.



Fonte: calculado a partir de dados do SIM e SINASC/DATASUS/MS

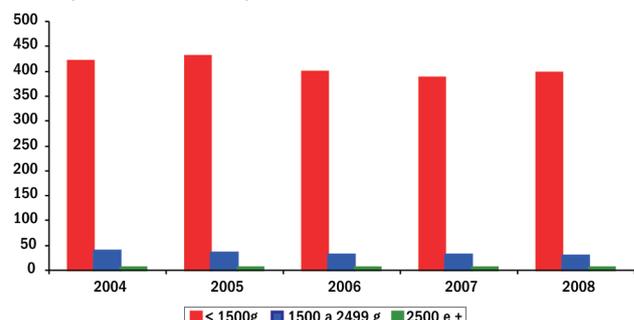
Figura 4 - Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal, segundo anos de estudo da mãe e ano de ocorrência, Rio Grande do Sul, 2004 a 2008.



Fonte: calculado a partir de dados do SIM e SINASC/DATASUS/MS

A série histórica da mortalidade infantil de acordo com o peso ao nascer (Figura 5) revela um comportamento semelhante ao da série que analisa os anos de estudo da mãe. O CMI para as crianças com muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) chega a ser 10 vezes mais alto que com baixo-peso (1.500 a 2.499 gramas) e 80 vezes mais alto do que a mortalidade de crianças nascidas com o peso normal (2.500 gramas e mais).

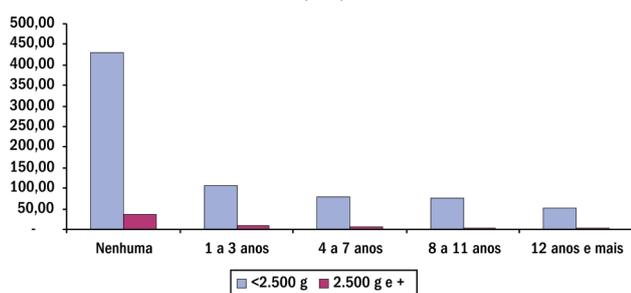
Figura 5 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo peso ao nascer, Rio Grande do Sul, 2004 a 2008.



Fonte: calculado a partir de dados do SIM e SINASC/DATASUS/MS

Quando comparados os dois fatores de risco associados (anos de estudo da mãe e peso ao nascer), observa-se uma potencialização da mortalidade. O CMI diminui à medida que aumenta o tempo de estudo das mães e o peso ao nascer. O CMI dos filhos de mães com baixo peso ao nascer e sem nenhum ano de estudo pode ser 80 (oitenta) vezes maior do que o CMI dos filhos de mães com mais de 12 anos de estudo e com peso normal ao nascer (Figura 6).

Figura 6 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo o peso ao nascer e anos de estudo da mãe, RS, 2008.



Fonte: calculado a partir de dados do SIM e SINASC/DATASUS/MS

Considerações

Com grande segurança pode-se afirmar que recém-nascidos de risco terão maior chance de sobreviver se tiverem acesso a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, mas também se pode dizer que, lamentavelmente, muitos não sobreviverão, tal a gravidade dos casos.

Os grandes desafios da saúde pública para a redução da mortalidade infantil são diminuir a possibilidade de um recém-nascido necessitar internamento em UTIs e evitar que as crianças com mais de um mês de vida adoçam de enfermidades respiratórias, diarreicas e de outras infecções. Ambientes saudáveis, educação para facilitar a transformação da informação em atitude, alimentação adequada, geração de emprego e renda, combinados com um bom acesso aos serviços de saúde permitindo à gestante realizar pelo menos seis consultas pré-natais, imunização correta, e a identificação de grupos populacionais de maior risco, caracterizados como prioritários pelo setor saúde, são os fatores que, conjuntamente, vão permitir a melhoria da saúde deste grupo populacional.

Ao demonstrar-se que a mortalidade infantil é maior para as crianças cujas mães não foram alfabetizadas ou têm até três anos de estudo, está se identificando um grupo de mulheres de alto risco para a mortalidade infantil. Um grande número de mortes infantis pode ser evitado ao identificar-se precocemente a localização da população de maior risco.

Mulheres em idade fértil com baixa ou nenhuma escolaridade podem ser identificadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família em suas comunidades e serem consideradas como população de alto risco. Merecem uma atenção especial e diferenciada.

Em médio prazo, a unificação de esforços entre o Setor Saúde e o de Educação nas instâncias municipal, regional e estadual deve ser estimulada. É fundamental que se acelere o processo de alfabetização e se aumente o número de anos de estudo da população jovem. Pais esclarecidos aumentam a possibilidade de qualificação profissional e têm chance de conseguir melhor emprego e habitação. São incluídos socialmente, vivem em ambientes mais saudáveis e têm mais facilidade para transformar conhecimentos adquiridos em atitudes positivas.

Referências

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. DATASUS. Int: < <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: março, 2010.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Infantil. Coeficiente de Mortalidade Infantil. Saúde Pública. Rio Grande do Sul.

Um estudo hipotético para o Coeficiente de Mortalidade Infantil

Luciana Sehn¹, Airtton Fischmann¹

Núcleo de Análise de Situação de Saúde/CEVS/SES/RS

Introdução

O índice de escolaridade tem sido utilizado historicamente como uma variável capaz de influenciar os indicadores de saúde de populacionais. Outros indicadores possuem fatores diretamente correlacionados àquele, como pode ser visto na citação a seguir, com dados referentes ao Brasil:

A escolaridade representa a média de anos de estudo da população de 25 anos ou mais de idade. O ideal seria que essas pessoas tivessem no mínimo 11 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio completo. Melhor ainda se essas pessoas tivessem o ensino médio profissionalizante. Aí sim esse ideal de escolaridade das pessoas passaria para 13 anos e meio de estudos. Mas a realidade é outra, a taxa de escolaridade em 2005 era de apenas 6,7 anos. Relacionando a taxa de escolaridade que cresceu 22% de 1995 a 2005 com outros indicadores: o PIB per capita passou de R\$ 11.121 para R\$ 12.157, um crescimento de 9,3%; o índice de Gini da distribuição do rendimento mensal das pessoas com mais de 10 anos de idade passou de 0,592 para 0,552, um decréscimo de 6,8%; a taxa de fecundidade que passou de 2,52 filhos por família para 2,06 decresceu 18,3%, é uma informação altamente favorável mostrando que a educação está ligada intimamente a diversos outros fatores que proporcionam qualidade de vida aos indivíduos. Todos esses índices estão relacionados entre si e mostram a importância da taxa de escolaridade para a geração de riquezas e bem-estar para uma nação. (GUSMÃO, 2008, p. 4)

Método

Um Coeficiente de Mortalidade Infantil hipotético (CMI hipotético) foi calculado como se a população menor de 1 ano experimentasse a probabilidade de morrer de acordo com os diferentes níveis de instrução da mãe (anos de estudo). Por exemplo, se todas as mães analfabetas e aquelas com até três anos de estudo pudessem estudar de 4 a 7 anos, deveriam perder seus filhos na probabilidade de 13,6 mortes a cada mil nascimentos em 2008, como mostra a Tabela 1. Desta forma os CMI reais de 99,5 e 21,4 não aconteceriam e, teoricamente, o coeficiente total seria reduzido de 12,7 para 12,0 (ver item A na Tabela 2). O mesmo raciocínio se faz para as outras duas linhas da Tabela 2 (itens B e C).

Coeficiente de Mortalidade Infantil real, segundo faixa de instrução da mãe:

$$CMI_i = \frac{O_i}{NV_i}$$

onde: O_i = óbitos infantis reais, segundo faixa de instrução da mãe (i, i + n)
 NV_i = nascidos vivos na faixa de instrução da mãe (i, i + n)

Coeficiente de Mortalidade Infantil real:

$$CMI = \frac{\sum O_i}{\sum NV_i}$$

Este coeficiente é um indicador teórico onde foi eliminado um fator de risco de morte, que, neste caso, é a pouca instrução da mãe. Para a elaboração do numerador utilizou-se o número teórico de óbitos menores de um ano calculado a partir das probabilidades de morte de acordo com a instrução da mãe. Para o denominador foi utilizada a soma dos nascidos vivos das mães com os mesmos anos de estudo.

$$CMI_h = \frac{\sum O_{hi}}{\sum NV_i}$$

onde: O_{hi} = óbitos infantis hipotéticos na faixa de instrução da mãe (i, i + n)

Resultados

A Tabela 1 mostra o quanto os anos de estudo da mãe influenciam a mortalidade infantil. Em todos os anos, os maiores coeficientes referem-se às mães com nenhuma instrução, apresentando uma diferença significativa em relação àquelas que estudaram 12 anos ou mais. Em 2008, essa diferença é a maior de todas, pois o CMI é de 99,5 para as crianças com mãe que nunca estudaram em contrapartida ao CMI de 7,6 para as crianças cujas mães estudaram, pelo menos 12 anos.

No item A da Tabela 2 é considerada uma população teórica de nascidos vivos onde todas as mães têm instrução de pelo menos quatro anos. Os valores dos CMI hipotéticos são todos menores que os CMI reais. Em 2004 a diferença entre eles seria a maior do período (1,4 pontos por mil), passando de 15,2 para 13,8 óbitos por mil nascidos vivos. A menor diferença ocorreria em 2007 com 0,6 pontos. O item B considera a hipótese de que

todas as mães apresentam 8 anos ou mais de estudo. Desta forma, todos os CMI hipotéticos ficariam menores que os CMI reais e que os CMI hipotéticos do item A. Mais uma vez a maior diferença ocorreu em 2004, com 3,5 pontos por mil. A última hipótese considerada neste estudo seria a de uma população na qual todas as mães possuem 12 anos ou mais de estudo, equivalente à escolaridade de 3º grau. Este cálculo teórico foi o que apresentou os menores CMI hipotéticos, quase todos com menos de dois dígitos, com exceção de 2004 (10,1). Os menores indicadores foram dos anos de 2007 (8,6) e 2008 (8,7).

Tabela 1 - CMI real segundo anos de estudo da mãe no Rio Grande do Sul, de 2004 a 2008.

Anos de estudo da mãe	CMI real (por 1000 nascidos vivos)				
	2004	2005	2006	2007	2008
Nenhum	89,7	69,5	65,2	67,9	99,5
1 a 3 anos	23,8	18,9	18,3	19,6	21,4
4 a 7 anos	14,5	12,9	14,1	13,8	13,6
8 a 11 anos	10,0	9,7	11,0	9,4	10,3
12 anos a mais	8,0	7,5	8,6	7,1	7,6
Ignorado	379,4	317,3	130,3	208,7	164,9
Total	15,2	13,7	13,1	12,8	12,7

Fonte dos dados brutos: DATASUS

Tabela 2. CMI hipotético e real segundo anos de estudo da mãe no Rio Grande do Sul, de 2004 a 2008.

Anos de estudo da mãe	CMI hipotético (por 1000 nascidos vivos)				
	2004	2005	2006	2007	2008
A. 4 anos e mais	13,8	12,8	12,6	12,2	12,0
B. 8 anos e mais	11,7	11,4	11,3	10,5	10,8
C. 12 anos e mais	10,1	9,6	9,3	8,6	8,7
	CMI Real (por 1000 nascidos vivos)				
	15,2	13,7	13,1	12,8	12,7

Fonte dos dados brutos: DATASUS

Considerações finais

O cálculo do CMI hipotético, com a transferência das mães de pouca instrução para os grupos das mães instruídas, é um exercício teórico e hipotético, pois o ingresso de toda a população feminina gaúcha em cursos superiores ainda não é possível. Sendo assim, as perdas no CMI têm caráter especulativo e demonstram a importância da melhoria das condições educacionais. Embora o nível de escolaridade contribua significativamente nas mudanças do CMI e acompanhe a flutuação de outros indicadores sociais, tais como renda, situação do domicílio, qualidade habitacional, trabalho, alimentação, entre outros, não devemos considerá-lo como a única solução para a redução do coeficiente. Sendo assim, o CMI se reduzirá tanto quanto melhor se apresentarem estes fatores.

A melhoria da qualidade da educação está diretamente associada com o aumento da renda. Portanto, a tendência das pessoas que têm mais estudo é de ter também mais renda. A

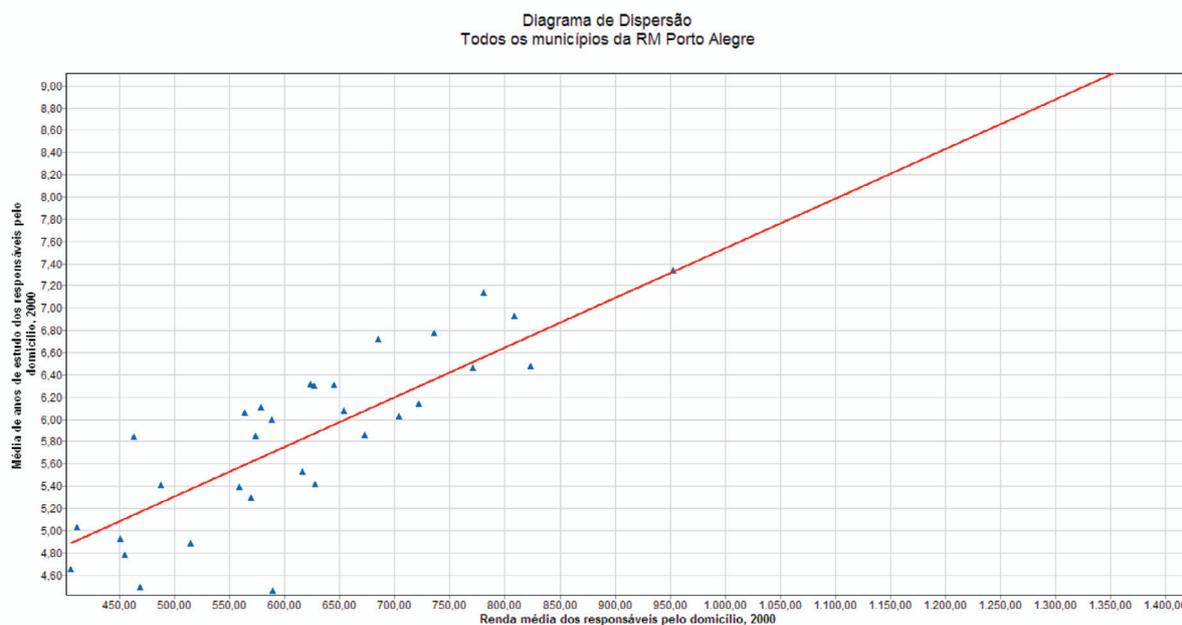
Figura 7 mostra que existe correlação entre a Renda Média dos Responsáveis pelo Domicílio e a Média dos Anos de Estudo, na Região Metropolitana de Porto Alegre em 2000. Neste caso, o Coeficiente de Correlação é de 0,9, comprovando a forte associação entre estas duas variáveis. Independentemente da região do país, este comportamento é o mesmo; por este motivo podemos utilizar qualquer variável que mede Escolaridade, em substituição ou para suprir a falta da variável Renda.

Referência

GUSMÃO, R. Indicadores de desenvolvimento sustentável e a escolaridade do brasileiro. **Revista IETEC (Online)**, Belo Horizonte, MG, V.5, n.22, ago./out. 2008. Disponível em: <http://www.ietec.com.br/pdf/revista.pdf>. Acesso em: 17/08/2010.

PALAVRAS-CHAVE: Coeficiente de Mortalidade Infantil. Mortalidade Infantil. Saúde Pública.

Figura 7 - Cruzamento entre a renda média dos responsáveis pelo domicílio e a média dos anos de estudo, na região metropolitana de Porto Alegre, em 2000.



Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais do Rio Grande do Sul

Miriam Vontobel¹, Ana Luiza Trois de Miranda, Ângela Kunrath e Sirlei Famer²

¹Coordenadora - PEHV/CEVS/SES/RS - E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

²Colaboradores - E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

As Hepatites Virais são consideradas problema de saúde pública pela alta prevalência e gravidade e são causadas por vários tipos de vírus. No nosso Estado as hepatites A, B e C são as mais frequentes.

A vigilância epidemiológica tem como estratégia a ampliação e qualificação da notificação dos casos suspeitos e confirmados para descrever o perfil epidemiológico das Hepatites Virais no Estado.

O Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais do Rio Grande do Sul (PEHV/RS), a partir de sua reestruturação em 2009, tem sob sua coordenação ações relativas a prevenção, vigilância em saúde, assistência (apoio diagnóstico, diagnóstico e tratamento) e dentro dessa perspectiva estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Ampliar a detecção das hepatites virais;
- Aumentar a notificação e investigação dos casos;
- Prevenir novos casos;
- Qualificar o atendimento e tratamento aos portadores de hepatites virais;

- Reduzir a taxa de mortalidade das Hepatites B e C crônica.

O PEHV desenvolve ações para implementar os vários aspectos que envolvem o diagnóstico, o tratamento, a notificação/investigação epidemiológica e a prevenção das hepatites.

Os casos devem ser notificados pelos profissionais dos serviços de saúde (laboratórios, serviços da atenção básica, média e alta complexidade), pois são de notificação compulsória e de investigação epidemiológica.

A identificação dos casos depende da qualificação dos profissionais de saúde, da disponibilidade dos marcadores sorológicos e da biologia molecular para a realização do diagnóstico precoce da doença.

A partir dos dados da ficha de notificação e investigação, corretamente preenchida e digitada em tempo hábil no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), é possível monitorar a tendência da doença e avaliar as medidas de prevenção adotadas.

O PEHV iniciou pela avaliação dos dados gerados pelo SINAN, comparando-os com os registros de Hepatites virais de outros sistemas de informação, com o objetivo de avaliar sua captação dos casos ocorridos no Estado.

A primeira comparação entre bancos ocorreu com os dados do Sistema de Informações de Medicamentos - AME, considerando que minimamente os casos já identificados e em tratamento deveriam constar no SINAN.

No AME foram registrados 7.878 portadores de hepatites, que receberam medicamento do Estado no período de 2006 a 2009. No SINAN/SES/RS (versões SINANWINDOWS e SINANNET) foram confirmados 37.937 casos de Hepatites relativas ao período de 1994 a 2009. Primeiramente, com a utilização do Microsoft Office Access, foram identificados 2.474 registros do AME com equivalência (literal) de nome e data de nascimento nos registros do SINAN. Posteriormente, com o acréscimo das variáveis nome da mãe e município de residência, o restante dos registros (5.356) foi revisado manualmente, quando foram identificados mais 922 casos. Com esse minucioso trabalho constatou-se que 41,9% dos pacientes que receberam medicação constavam no SINAN e uma subnotificação de 58,1%.

Número de registros e período - SINAN e AME

	Registro	Período
SINAN	37.694	1995 a 2009
AME	7.830	2006 a 2009

Registros do AME localizados no SINAN

	AME
Total registros	7.827
Localizados com Access	2.474
Localizados em pesquisa manual	922
Registros encontrados no SINAN	3.279 (41,9%)
Registros não encontrados no SINAN	4.551 (58,1%)

Em números absolutos não foram notificados e investigados 4.551 portadores, consequentemente seus comunicantes não foram examinados, reduzindo a oportunidade de detecção de outros possíveis portadores, significando uma perda no SINAN de 12% de casos. Situação essa que prejudica o conhecimento e acompanhamento dos casos de Hepatites Virais e o tratamento precoce nas situações indicadas, o que evitaria a progressão da doença e complicações como cirrose e câncer hepático³.

A etapa seguinte, já em andamento, é a busca de equivalência com o SINAN dos bancos de dados do Laboratório Central do Estado – LACEN/RS e do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, ambos já disponibilizados para o PEHV que ainda aguarda o banco de dados do SISPRENATAL.

Quanto aos aspectos relacionados ao atendimento dos portadores de Hepatites Virais, em 2010 foi realizado um levantamento para identificação dos serviços especializados de assistência, tratamento e exames laboratoriais específicos existentes no Estado. O quadro a seguir relaciona todos os municípios que dispõem de algum desses serviços com abrangência municipal ou regional, como:

CAMMI – Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis;

LACEN – Laboratório Central do Estado;

SERVIÇO ESPECIALIZADO – Serviços com gastroenterologista, hepatologista ou infectologista;

BIOPSIA – Serviços que realizam a punção hepática;

CTA – Centro de Testagem e Acompanhamento.

O levantamento ainda não está completo e prevê o mapeamento dos laboratórios municipais e dos serviços de atenção básica no atendimento das Hepatites Virais. A partir desses dados o PEHV pretende organizar a rede de atenção à saúde dos portadores de Hepatites Virais do Estado.

Em relação à prevenção das Hepatites Virais, a vacinação contra a Hepatite B está sendo intensificada para o grupo etário de 11 a 19 anos, cuja cobertura está aquém do recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações - PNI. Como estratégia para a ampliação da vacinação em 2009, o PEHV desenvolveu ações integradas com o Núcleo de Imunizações da Divisão Epidemiológica do Centro Estadual de Vigilância em Saúde e com a Secretaria Estadual de Educação, ampliando as ações de articulação com as secretarias municipais de saúde e educação em 2010.

Esses são os resultados preliminares das iniciativas desenvolvidas para atingir os objetivos estabelecidos pelo Programa Estadual de Hepatites Virais.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção e controle. Hepatite. Doença crônica. Vigilância Epidemiológica. Rio Grande do Sul.

³ Dados preliminares

Quadro 1 - Municípios com Serviços de Saúde de Diagnóstico e Atendimento Especializado aos Portadores de Hepatites Virais no Estado do Rio Grande do Sul, 2010



MUNICÍPIO	SERVIÇO ESPECIALIZADO	BIÓPSIA	LACEN	CTA	CAMMI
Alegrete	sim	não	sim referencial regional	não	não
Bagé	sim referencial regional	não	sim referencial regional	não	não
Bento Gonçalves	sim	sim	não	sim	não
Cachoeira do Sul	não	não	sim referencial regional e com sorologia	sim	não
Canoas	não	não	não	sim	não
Caxias do Sul	sim referencial regional	sim referencial regional	sim referencial regional e com sorologia	sim e com sorologia	sim referencial regional
Charqueadas	não	não	não	sim e com sorologia	não
Cruz Alta	sim referencial regional	sim	sim referencial regional	não	não
Erexim	não	não	sim referencial regional	não	não
Ijuí	sim	sim	sim referencial regional	não	não
Lajeado	não	sim	sim referencial regional	não	não
Novo Hamburgo	não	não	não	sim	não
Osório	não	não	sim referencial regional	sim referencial regional	não
Palmeira das Missões	não	não	sim referencial regional	sim referencial regional	não
Passo Fundo	sim	sim	sim referencial regional	sim	sim
Pelotas	sim referencial regional	sim referencial regional	sim referencial regional e com sorologia	sim	sim referencial regional
Porto Alegre	sim referencial regional	sim	sim referencial regional	sim referencial regional e com sorologia	sim
Rio Grande	sim referencial regional	sim referencial regional	não	sim e com sorologia	sim
Santa Cruz do Sul	sim	não	sim referencial regional e com sorologia	sim e com sorologia	não
Santa Maria	sim referencial regional	sim	sim referencial regional e com sorologia	sim	sim
Santa Rosa	sim referencial regional	sim referencial regional	sim referencial regional	não	não
Santana do Livramento	não	não	sim*	sim referencial regional	não
Santo Ângelo	não	não	sim referencial regional	não	não
São Borja	sim referencial regional	não	sim*	não	não
São Leopoldo	não	sim	não	sim	não
Sapucaia do Sul	não	sim	não	sim	não
Tramandaí	não	não	não	sim	não
Três Passos	sim referencial regional	sim referencial regional	não	não	não
Uruguaiana	sim	sim	sim*	sim	sim
Viamão	não	não	não	sim	não

* Laboratórios de Fronteira

Pesquisa de Satisfação dos Servidores e Trabalhadores do CEVS/SES/RS

Andréia Novo Volkmer¹, Circe Rabello Hessel², Jaimar Monteiro³, Jeanice Cardoso⁴, Jussara Elaine Sabado Figueiredo⁵, Luciana Schoussard de Freitas Viegas⁶, Luciana Sehn⁷, Maria de Fatima Freitas Korndorfer⁸, Odette Pastl Fontoura⁹, Valderes Corrêa de Oliveira¹⁰, Rita Rejane Luedke¹¹, Vânia Kober Biffignandi¹²

¹ Divisão de Vigilância Epidemiológica, DANTS, CEVS/RS.

E-mail: andrea-volkmer@saude.rs.gov.br

² Divisão de Apoio Técnico, CIEVS e Disque Vigilância, CEVS/RS.

E-mail: circe-hessel@saude.rs.gov.br

³ CREMERS. E-mail: jaimar.monteiro@gmail.com

⁴ Divisão de Vigilância Epidemiológica, Hospitalar, CEVS/RS.

E-mail: jeanice-cardoso@saude.rs.gov.br

⁵ Divisão de Vigilância Sanitária, Alimentos, CEVS/RS.

E-mail: jussara-figueiredo@saude.rs.gov.br

⁶ Divisão Administrativa, CEVS/RS. E-mail: luciana-viegas@saude.rs.gov.br

⁷ Divisão de Apoio Técnico, NASS, CEVS/RS. E-mail: luciana-sehn@saude.rs.gov.br

⁸ Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador, CEVS/RS.

E-mail: maria-korndorfer@saude.rs.gov.br

⁹ Divisão Administrativa/Pessoal, CEVS/RS. E-mail: odette-fontoura@saude.rs.gov.br

¹⁰ Divisão de Vigilância Ambiental, CEVS/RS. E-mail: valderes-oliveira@saude.rs.gov.br

¹¹ Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador, CEVS/RS.

E-mail: rita-luedke@saude.rs.gov.br

¹² Divisão de Vigilância Sanitária, Medicamentos, CEVS/RS.

E-mail: vania-biffignandi@saude.rs.gov.br

Introdução

O HumanizaSUS é um programa nacional que objetiva efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do CEVS/RS, com a finalidade de promover e desenvolver os trabalhos de humanização, promoveu uma pesquisa interna objetivando avaliar o grau de satisfação de seus servidores e trabalhadores de maneira ampla, contemplando todas as áreas e serviços, para posteriormente ser utilizada pelo GTH no desenvolvimento dos projetos do Humaniza SUS.

Método

Coleta de informação por meio de um questionário composto por 24 perguntas subdividido nos seguintes temas: pessoal; relacionamentos; profissional; cursos, capacitações, treinamentos e participações em eventos; equipamentos de informática, telefonia e outros; móveis e utensílios em geral; material de expediente; prevenção, portaria e guarita; higiene, conservação, manutenção e coleta seletiva; elevadores; sugestões e espaço livre para comentários. Em cada questão o entrevistado optou por responder dentre as alternativas: muito satisfeito; satisfeito; pouco satisfeito; insatisfeito; indiferente ou não sabe. De um total de 264 servidores do CEVS/RS, 195 questionários foram distribuídos e 144 devolvidos preenchidos, portanto 54,5% dos servidores participaram da pesquisa. A coleta ocorreu de 7 a 18 de julho de 2008.

Resultados

Dentre as 24 questões, algumas foram selecionadas para esta análise, de acordo com cada tema proposto no questionário.

Questões selecionadas:

- 1 - Avalie seu grau de satisfação pessoal em seu ambiente de trabalho dentro do CEVS/RS;
- 2 - Avalie sua relação com a chefia do seu núcleo de trabalho;
- 3 - Avalie sua relação com seus colegas de trabalho;
- 4 - Avalie seu grau de satisfação profissional executando suas atividades no CEVS/RS;
- 5 - Avalie seu grau de satisfação com o que é realizado para melhorar seu desempenho profissional;
- 6 - Avalie seu grau de satisfação em relação aos equipamentos de informática;
- 7 - Avalie seu grau de satisfação em relação aos móveis e utensílios;
- 8 - Avalie seu grau de satisfação em relação aos materiais de expediente disponibilizados;
- 9 - Avalie seu grau de satisfação em relação aos serviços de portaria do prédio do CEVS/RS;
- 10 - Avalie seu grau de satisfação em relação à higiene efetuada nas instalações internas;
- 11 - Avalie seu grau de satisfação em relação à coleta seletiva de lixo;
- 12 - Avalie seu grau de satisfação quanto à utilização dos elevadores do prédio.

A figura 8 apresenta um resumo das respostas dadas às questões 1 a 12. Cada barra da figura 8 corresponde a uma das questões e apresenta as alternativas de resposta: “Muito satisfeito”, “Satisfeito”, “Pouco satisfeito”, “Insatisfeito”, “Indiferente” e “Não sabe”. Verifica-se que em todas as questões apresentadas a maioria dos servidores demonstrou-se satisfeito. O maior índice de satisfação (soma dos Muito Satisfeitos com os Satisfeitos) refere-se aos serviços de portaria do prédio do CEVS – 94% (questão 9), seguido da avaliação das relações com os colegas de trabalho – 89% (questão 3) e da questão referente aos móveis e utensílios – 86% (questão 7). Os percentuais menores de satisfação ocorreram nas questões sobre higiene efetuada nas instalações internas – 58% (questão 10), elevadores do prédio – 64% (questão 12) e é realizado para melhorar o desempenho profissional (questão 5). Sobre a insatisfação (soma das alternativas “Pouco satisfeito” e “Insatisfeito”), os maiores percentuais se relacionam à higiene das instalações internas – 30% (questão 10), à utilização dos elevadores do prédio – 27% (questão 12) e em relação ao que é realizado para melhorar seu desempenho profissional – 24% (questão 5).

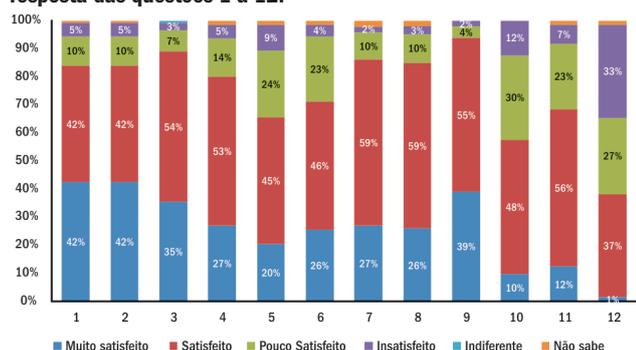
Conclusões

Os resultados serviram de base para identificar as carências dos servidores e da instituição CEVS/RS e elaborar metas que visem a promover mudanças positivas. Além disso, a pesquisa trouxe discussões ao grupo quanto às possibilidades de promover tais mudanças e como elas poderão ser executadas. Quanto às mudanças realizadas até então, verificou-se que o grau de satisfação dos servidores, de um modo geral, foi positivo.

Esta pesquisa fundamentará projetos futuros de qualificação do espaço físico do CEVS/RS, de aprimoramento técnico dos servidores e melhoria das condições de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: HumanizaSUS. Condições de Trabalho. Ambiente de trabalho. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Rio Grande do Sul. CEVS/RS.

Figura 8 - Resumo das somas percentuais das alternativas de resposta das questões 1 a 12.



Secretaria Estadual da Saúde

Centro Estadual de Vigilância em Saúde/RS
Rua Domingos Crescêncio, 132
Bairro Santana | Porto Alegre | RS | Brasil
CEP 90650-090
+55 51 3901.1071 | +55 51 3901.1078
boletim epidemiologico@saude.rs.gov.br



EXPEDIENTE

Conselho Editorial Airton Fischmann, Ariadne Kerber, Luciana Nussbaumer, Mariana Aparecida Porto, Valderes Correa de Oliveira e Virginia Dapper | **Jornalista Responsável** Paulo Burd (Coordenador da Assessoria de Comunicação Social/SES) | **Bibliotecária Responsável** Geisa Costa Meirelles | **Projeto Gráfico** Raquel Castedo e Carolina Pogliessi | **Editoração Eletrônica** Kike Borges | **Tiragem** 20 mil exemplares

O Boletim Epidemiológico é um instrumento de informação técnica em saúde editado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, com periodicidade trimestral, disponível no endereço eletrônico www.saude.rs.gov.br. As opiniões emitidas nos trabalhos, bem como a exatidão, a adequação e a procedência das referências e das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores.