Brasil mostra a sua cara

Fiocruz e Organização Mundial de Saúde fazem mais completo levantamento sobre as condições de saúde da população

Foto: Rogério Reis (Agência Tyba)

Ricardo Valverde

Como o brasileiro se alimenta? Que remédios ele anda consumindo? Estas e outras perguntas relativas à saúde pública nacional serão respondidas até o final de 2004, quando deverão ser divulgados novos dados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). Nutrição e medicamentos são os dois grandes itens cujos dados ainda faltam serem tabulados pela equipe responsável pelo estudo no país – trabalho que ocupará os integrantes neste segundo semestre. A coordenação da pesquisa, inédita no Brasil, está instalada no Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict) da Fundação Oswaldo Cruz. Este foi o grupo que em maio passado publicou os primeiros resultados deste que é o mais completo e diversificado diagnóstico das condições de saúde da população brasileira. A pesquisa, que é desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), avalia os sistemas de saúde de 71 países.

De acordo com a pesquisadora Célia Landmann Szwarcwald, coordenadora (com Francisco Viacava) da PMS no Brasil, a equipe vai agora se dedicar a quantificar a alimentação da população. Uma das perguntas – os dados são relativos ao questionário que foi respondido por cinco mil famílias de todas as regiões e classes sociais, entre janeiro e setembro de 2003 – se refere a que alimentos o brasileiro consome ou não (considerando-se os itens "frutas", "vegetais", "carne" e "carboidratos"). E ainda se faz uso diário desses produtos.

Outra categoria pesquisada será a dos medicamentos. Procurou-se saber dos entrevistados quantos remédios mantêm em casa, quais são e por quem foram prescritos. Como todas as demais perguntas, lembra Célia, esta também é baseada na percepção que o indivíduo tem de sua própria condição de saúde. "Todo o questionário é auto-avaliativo. É o próprio entrevistado quem nos informa sobre as condições de saúde em que vive". Como muitos brasileiros têm o hábito de se automedicarem, os dados deste item deverão trazer informações bastante úteis e relevantes para ações de saúde pública.

Para que os números sejam avaliados da maneira mais eficiente possível, Célia afirma que está buscando firmar parcerias com outras instituições públicas que atuam no setor. Recentemente, ao participar do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Olinda, a pesquisadora, além de apresentar o trabalho, fez contatos com outros pesquisadores visando esta finalidade. Em seguida os resultados serão divulgados no meio acadêmico internacional.

Célia disse que outra atividade a ser feita pela equipe da PMS neste segundo semestre será a de analisar as chamadas "vinhetas", historinhas em que o entrevistado julgava uma determinada condição de saúde, mas tendo como foco uma terceira pessoa. "Às vezes as pessoas se sentiam mais à vontade para responder quando perguntávamos o que ele achava que outro indivíduo faria na mesma situação. Assim, confrontaremos essas duas realidades", diz. A pesquisadora acrescenta que o maior detalhamento analítico da PMS levará à realização de testes estatísticos para observar as prováveis diferenças sanitárias em relação às diferenças sociais.

Esta pesquisa, a primeira do gênero feita no país, deverá ter atualizações daqui para frente, na opinião de Célia. "Daqui a pouco tempo os dados se tornarão obsoletos. Para que tenhamos uma ação eficaz no desenvolvimento de políticas públicas, precisaremos monitorar freqüentemente a população. E as pessoas também têm, obviamente, o direito de ter acesso a esses dados", declara Célia, anunciando que o seu desejo é o de que os brasileiros tenham uma vida mais saudável a partir da pesquisa, modificando alguns hábitos que são nocivos à saúde.

Jovens consomem menos cigarro que adultos

Foi com animação que ela constatou que o consumo de tabaco entre os jovens é menor em relação aos adultos. A mesma satisfação não foi obtida no que diz respeito ao álcool, consumido em quantidades praticamente iguais por jovens e adultos. No Canadá, diz Célia, o governo divulga os resultados de estudos semelhantes com bastante ênfase, visando atingir a totalidade da população e assim mudar os hábitos. A intenção é que aqui seja semelhante.

Entre os números que chamaram a atenção dos pesquisadores está o de que os brasileiros gastam em média 19% da renda com saúde e muitos acabam se endividando para pagar essa despesa; 14,4% dos cidadãos não têm mais nenhum dente natural; 10,1% são obesos; e 28,5% estão acima do peso. As principais queixas de saúde da população estão ligadas à saúde mental, como o estado de ânimo, problemas de sono, dificuldade de concentração e outras.

A pesquisa teve dez coordenadores regionais, que abrangeram 250 dos 216 mil setores censitários do Brasil, já que foi utilizada a divisão feita pelo IBGE. Apesar disso, o financiamento da OMS não permitiu que os dados fossem detalhados por estados – o que já levou algumas das unidades da Federação a manifestar interesse em organizar pesquisas locais. Esses coordenadores regionais comandaram uma rede de entrevistadores que antes de bater à porta das pessoas mandava uma carta solicitando autorização – a escolha foi aleatória. "Em geral tivemos mais resistências para entrar na casa dos mais ricos. Em certos bairros sofisticados de São Paulo, por exemplo, as barreiras de segurança são muitas, o que dificultou o trabalho. Já nos bairros mais pobres, em diversas ocasiões éramos muito bem-recebidos, com chá e bolo", recorda Célia. No entanto, não houve problemas significativos ou que proporcionassem grandes dores de cabeça aos pesquisadores, que em média ficavam uma hora na casa das pessoas. A própria coordenadora da pesquisa participou de algumas visitas, nas quais a equipe, por motivos de identificação, percorreu o país levando mochila azul-marinho e boné com os símbolos da PMS.

Formada em matemática, Célia trabalhou na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) até se transferir para a Fiocruz após ter sido aprovada em concurso. Mestre em estatística, doutora em saúde pública e com pós-doutorado em estatística pela Universidade Metodista do Sul do Texas, em Dallas, ela é filha de um médico nefrologista. "Quero transformar a saúde em números", brinca.

De Norte a Sul, de Leste a Oeste

Célia Landmann
e Francisco Viacava

A aplicação da PMS no Brasil teve início em novembro de 2002. O instrumento originalmente proposto pela OMS foi inteiramente revisto e modificado, adaptando-se às particularidades brasileiras. De janeiro a setembro de 2003 foi feito um inquérito populacional, de âmbito nacional, em cinco mil domicílios escolhidos por amostragem probabilística. Em cada domicílio foram entrevistados o informante-chave, um morador apto a responder questões sobre os gastos mensais e qualquer morador com 18 anos de idade ou mais, selecionado aleatoriamente.

Foram abordados os seguintes aspectos de saúde: condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde (auto-avaliação da saúde e limitações de atividades); fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição, fatores ambientais); situações crônicas (diagnóstico e tratamento); situações agudas (causas externas); assistência pré-natal; saúde infantil; e avaliação da assistência (ambulatorial ou hospitalar) recebida de acordo com as expectativas do usuário.

A PMS foi aplicada subdividindo o país em dez regiões (Norte; Maranhão; Sergipe e Bahia; Piauí e Ceará; Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; Minas Gerais; Rio de Janeiro e Espírito Santo; São Paulo; Sul; e Centro-Oeste). Para cada micropesquisa foi formada equipe de quatro entrevistadores e um supervisor. Cada micropesquisa abrangeu de 300 a 500 entrevistas domiciliares, distribuídas em 15 a 25 setores censitários, em distintas áreas geográficas. O treinamento dos coordenadores locais foi realizado na Fiocruz, consistindo tanto da aplicação do questionário como da organização do trabalho de campo em cada área geográfica. O recrutamento e o treinamento dos

As equipes de pesquisa ouviram mais de 5 mil pessoas, de todas as regiões e classes sociais

entrevistadores couberam a cada coordenador local, nas respectivas áreas geográficas sob sua coordenação.

A metodologia da PMS

Na primeira etapa da PMS foram analisados os seguintes módulos: estado de saúde, fatores de risco, morbidade auto-referida, cobertura de programas de saúde, e grau de satisfação com os serviços de saúde do ponto de vista do usuário. As análises foram feitas por faixa etária, sexo e condição sócio-econômica. Para examinar as desigualdades por nível sócio-econômico, três variáveis foram consideradas: grau de escolaridade; número de bens (medido pelo número de bens no domicílio: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, microcomputador, e número de carros, variando de zero a 11 bens); e gasto domiciliar mensal.

Quanto ao gasto domiciliar mensal, foram analisados os seguintes componentes do gasto: alimentação; casa; educação; saúde; outros. Especificamente, em relação aos gastos em saúde, foram analisados os gastos com medicamentos; com planos de saúde privados; com consultas médicas; com dentista; com internação; com exames; com óculos, aparelhos para audição, próteses, etc; com terapias (fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia); outro serviço ou produto de saúde.

A análise do estado de saúde foi baseada em duas questões gerais – auto-avaliação do estado de saúde e dificuldade no trabalho ou atividades habituais, em duas questões sobre o grau em que sentiu dor ou mal-estar físico nos 30 dias anteriores à pesquisa, bem como em questões específicas sobre grau de dificuldade em: se locomover (locomoção); se lavar e se vestir (auto-cuidado); adormecer e se sentir bem disposto no dia seguinte (sono); se socializar na comunidade e lidar com situações de conflito (sociabilidade); aprender coisas novas, se concentrar e memorizar (concentração/memorização); ver de perto e de longe (visão). Além disto, o estado de ânimo foi mensurado pelo grau com que o indivíduo se sentiu triste ou deprimido e pelo grau em que sentiu ansiedade ou preocupação.

Quanto aos fatores de risco, foram considerados:

a) Obesidade: mensurada pelo índice de massa corporal, índice de Quetelet, dado pela razão entre o peso e a altura ao quadrado(kg/cm^2). Foram consideradas as seguintes categorias para análise: abaixo do peso menos 18,5; normal, de 18,5 até 25; sobrepeso, de 25 até 30; obeso 30 ou mais.

b) Fumo: mensurado pela

A pesquisa constatou que hábito de fumar é menos comum entre jovens e mais frequente entre os homens

freqüência de fumo (não fuma; fuma, mas não diariamente; fuma diariamente).

c) Bebida alcoólica: mensurada pelo número de doses na última semana (nunca bebeu; não bebeu na semana; de uma a quatro doses; cinco ou mais doses).

d) Atividade física: mensurada por três tipos de atividade (vigorosa, moderada e caminhada) e pela freqüência semanal e número de minutos durante a realização da atividade física. Foram consideradas três categorias na análise: sedentários (não fazem nenhum tipo de atividade física); atividade física insuficiente (menos do que 150 minutos por semana); suficiente (150 ou mais minutos por semana).

Estado de saúde

De posse dos números, Célia diz que, entre os cinco mil entrevistados, 9% avaliaram a sua saúde como "ruim" ou "muito ruim", 53% como "boa" ou muito "boa", e 38% como "regular". A percepção de saúde foi pior entre as mulheres quando comparadas aos homens: o percentual de auto-avaliação "boa" ou muito "boa" foi de 47%, para o sexo feminino, e de 60%, para o sexo masculino. Uma grande amplitude de variação do percentual de auto-avaliação "boa" ou muito "boa" foi encontrada por faixa etária, variando de 34%, entre os indivíduos com 50 anos e mais de idade, a 68%, entre os jovens de 18 a 34 anos.

Chama a atenção, ainda, a variação da percepção de saúde "boa" ou "muito boa" por condição socioeconômica. O percentual mostrou-se tanto menor quanto pior o nível socioeconômico (NSE), seja representado pelo número de bens ou grau de escolaridade. Entre os que possuem três bens ou menos no domicílio, o percentual de respostas "muito boa" ou "boa" foi de 42%, enquanto entre os participantes que possuem oito ou mais bens, o percentual foi de 72%. Analisando-se por grau de escolaridade, o percentual variou de 41%, entre os entrevistados com primeiro grau incompleto a 72% entre aqueles com segundo grau completo.

Fatores de risco

De acordo com o critério internacional de obesidade (índice de massa corporal maior ou igual a 30 kg por cm^2), 10% dos brasileiros são obesos e 28,5% estão acima do peso. Entre os indivíduos com mais de 35 anos de idade, a obesidade é mais prevalente no sexo feminino, destacando-se que o maior percentual de obesidade, de 20%, foi encontrado entre as mulheres de 35 a 49 anos, de condição socioeconômica intermediária (quatro a sete bens no domicílio).

Já o fumo é hábito mais

freqüente entre os homens, sobretudo entre os de menor NSE, para os quais o percentual de fumo diário chega a atingir 33% entre aqueles com mais de 35 anos de idade. Entretanto, destaca-se que, para ambos os sexos, as proporções de fumantes são menores entre os mais jovens, o que pode ser um indício de diminuição do hábito de fumar na população brasileira.

Tal como o fumo, o hábito de bebida alcoólica é predominante entre os homens. Enquanto 25% dos homens relataram ter tomado cinco doses ou mais de álcool na semana que antecedeu a entrevista, o percentual é de apenas 6% entre as mulheres. O consumo de bebida alcoólica por condição social obedece, no entanto, padrão inverso ao encontrado para o hábito de fumar: quanto maior o número de bens, tanto maior é o percentual de uso de álcool. Não há sinais de redução do hábito de beber na geração mais jovem.

No que diz respeito à atividade física (no lazer ou relacionadas ao trabalho), seja em atividades vigorosas, moderadas, ou caminhada, 24% relataram menos do que 150 minutos por semana, tempo considerado insuficiente de acordo com os critérios da OMS. Já o percentual de sedentários, que não realizam nenhum tipo de atividade física, é de 11% na população total, mas atinge o patamar de 20%.

Grau de satisfação com o funcionamento da assistência

A todos os entrevistados foi feita a seguinte pergunta: "Em geral, qual o seu grau de satisfação com o funcionamento da assistência de saúde no país?". O percentual de insatisfação foi de 58% (22% insatisfeitos e 36% muito insatisfeitos) e o de satisfação de apenas 27% (19% satisfeitos e 8% muito satisfeitos). Da mesma forma, pagar por plano de saúde privado também se mostrou como uma variável associada à insatisfação. Entre os entrevistados que possuem plano de saúde privado, o percentual de insatisfeitos é de 72%, percentual este que aumenta proporcionalmente aos gastos com saúde, particularmente com a quota de seguro mensal de saúde. Para os que gastam mais de R$ 200 por mês com plano de saúde, o percentual de insatisfação é de 78%.

Gastos em saúde

A análise da distribuição do gasto domiciliar mensal por componente revela que cerca da quinta parte do gasto total é consumido em saúde. Constituindo o terceiro maior componente, o percentual de gasto em saúde, de 19%, é precedido pelo gasto em alimentação (37%) e com a casa (29%). A média de gasto total mensal foi de R$ 765, sendo que o gasto médio mensal em saúde foi de R$ 143, aproximadamente. Nos domicílios com número precário de bens, o gasto médio domiciliar mensal foi de

Despesas com medicamentos representam o maior peso nos gastos mensais com saúde

cerca de R$ 300 e o gasto em saúde de R$ 39, representando 13% do total. Nos domicílios mais ricos, o gasto médio mensal foi de quase R$ 2 mil, e a fração gasta com saúde, de 21%. Em comportamento inverso, a proporção do gasto em alimentação variou de 57% a 25%, com a maior fração encontrada nos domicílios com menor número de bens.

Do gasto mensal com saúde, os medicamentos constituíram o principal componente, correspondendo a 32% do total, sendo que a média mensal de gastos com medicamentos foi de R$ 44,27. Em segundo e terceiro lugar, estão os gastos com plano de saúde (R$ 35,15) e com dentista (R$ 22,08), representando, respectivamente, 25% e 16% do gasto mensal com saúde (R$ 143).

Na categoria mais abastecida, a média de gasto em saúde foi maior do que R$ 400, sendo que a maior fração corresponde às quotas de seguro de saúde privado. O gasto médio mensal com plano de saúde privado foi de R$ 160,64, e com medicamentos, de R$ 88,83, quatro vezes maior do que a quantia gasta pelos mais pobres. Entre estes, 61% do gasto mensal em saúde (R$ 38,87) é consumido com medicamentos, equivalente à quantia de R$ 22,88.

Chama a atenção também que entre aqueles que relataram doença de longa duração ou incapacidade, o gasto em saúde é 34% maior, e o gasto em medicamentos é 57% superior. Da mesma forma, para quem já teve diagnóstico de diabetes, por exemplo, o gasto em medicamentos é 82% maior do que entre aqueles que não tiveram diagnóstico de nenhum dos problemas crônicos considerados na pesquisa.

O percentual de indivíduos que tiveram que pegar empréstimo ou vender objetos de valor para pagar despesas com saúde foi de 9% na população brasileira, variando de 7 a 11%, dos menos aos mais carentes. Entre as pessoas que têm doença de longa duração ou incapacidade com limitação resultante da mesma, o percentual alcança 16%.

Planos de saúde

Os resultados da pesquisa indicam que 25,8% dos brasileiros têm planos de saúde, sendo que 2,2% de servidor público, 21,2% plano privado, e 2,4% de servidor público e privado. Ou seja, o percentual da população que tem plano de saúde privado é de 24%. Analisando-se por categoria de número de bens, o percentual de pessoas com plano de saúde varia de 4%, entre os de pior NSE, a 64%, entre os de melhor condição socioeconômica.

Foto: Rogério Reis (Agência Ivoa)

Desempenho do sistema de saúde

Entre os cinco mil indivíduos que participaram da pesquisa, 70% precisaram de assistência de saúde no último ano. O percentual de utilização foi maior para o sexo feminino quando comparado ao masculino, e mais elevado na categoria de indivíduos mais abastecidos, para ambos os sexos. A utilização é também mais freqüente entre os que possuem planos de saúde (81%) do que en-

tre os que não possuem (67%).

Somente 127 dos entrevistados (2,7%) responderam que não conseguiram assistência de saúde na última vez que precisaram. Este percentual foi de 3,3% entre os mais carentes, de 2,8% na categoria intermediária, e de 0,8% entre os que possuem oito ou mais bens no domicílio.

Em relação à obtenção dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde que precedeu o inquérito, 87% conseguiram adquirir todos os medicamentos prescritos, 5% conseguiram adquirir grande parte e 8% muito poucos ou nenhum. Na categoria de indivíduos de pior condição social, 10,2% não conseguiram adquirir os medicamentos prescritos. A falta de dinheiro foi o motivo mais freqüentemente alegado (55%).

O índice médio de avaliação da internação, em uma escala de 0 a 100, foi de 73, para o total de usuários; de 88, para aqueles que pagaram a internação por meio de plano de saúde; e de 68, para os usuários do SUS. ❋

Avaliação da saúde mundial começou em 2000

Gabriel Paschoal

A primeira iniciativa da OMS em avaliar os sistemas de saúde de seus integrantes surgiu em 2000, mas, na época, a metodologia adotada na pesquisa acabou recebendo críticas de vários países (inclusive do Brasil). Eles reclamaram que a OMS não levou em conta as particularidades de cada sistema de saúde e que a pesquisa não teve a participação de especialistas locais. Outro ponto polêmico foi o *ranking* divulgado ao fim do trabalho.

O atendimento à saúde foi um dos itens avaliados

Segundo os críticos, o importante não é criar índices de classificação, mas sim determinar os problemas e as qualidades de cada nação, a fim de orientar melhorias nos projetos de saúde: "Não que a comparação com outros países seja ruim, pelo contrário, é até saudável, mas não precisa ser tudo sintetizado num único índice, isso não representa nada, perde-se o significado da pesquisa", afirma Célia Landmann.

Diante das críticas, a OMS decidiu reformular sua avaliação. A nova etapa passou a contar com a participação direta dos países, que fizeram adaptações à pesquisa de acordo com suas especificidades. São nações com níveis de desenvolvimento econômico e social distintos, com estruturas políticas distintas e com sistemas de saúde distintos: "No Brasil, por exemplo, há o SUS, enquanto nos EUA quase todo o serviço de saúde é particular; então, estamos comparando coisas totalmente diferentes, é preciso analisar as especificidades", explica Célia.

A apresentação dos resultados em forma de *ranking* também foi abolida.

No Brasil, foi a primeira vez que especialistas da área de saúde realizaram diretamente uma pesquisa deste tipo - antes, esses inquéritos eram feitos junto ao IBGE. As particularidades brasileiras referem-se, sobretudo, ao tipo de serviço de saúde utilizado, se foi pago diretamente pelo usuário, se foi através de plano de saúde, se foi através do SUS. Alguns programas de saúde específicos do Brasil também foram incluídos no questionário.

A íntegra da Pesquisa Mundial de Saúde pode ser acessada na internet: http:/ www. fiocruz.br/ccs/novidades/mai04/pesquisa_gab.ppt