

Cobertura, foco, fatores associados à participação e vinculação à Campanha Nacional de Detecção de Diabetes em uma cidade no Sul do Brasil

Coverage, focus, risk factors associated with participation, and linkage to the National Campaign for Diabetes Detection in a city in Southern Brazil

Maria Alice Souza de Oliveira Dode ¹
 Maria Cecília Formoso Assunção ^{1,2}
 Neiva Cristina Jorge Valle ¹

Abstract

The objective of this study was to measure coverage, focus, factors associated with participation, and linkage to the National Campaign for the Detection of Diabetes Mellitus in Pelotas, Southern Brazil. 3,100 individuals living within the city limits of Pelotas were interviewed in a cross-sectional study. Coverage was calculated based on different criteria: utilization, coverage among estimated users, and coverage among self-declared users. The focus was the proportion of tests performed in individuals who had met the inclusion criteria. Coverage rates were: utilization, 45.8% (95%CI: 43.0-48.5), among estimated users, 37.7% (95%CI: 35.1-40.5), and among self-declared users, 38.5% (95%CI: 35.2-41.9). Focus was 46.5% (95%CI: 42.8-50.2). Female gender, older age, and lower schooling were associated with adherence to the campaign. A total of 42.4% of individuals with positive screening tests but without prior diagnoses were subsequently examined by physicians, and half of the diagnoses were confirmed. The campaign showed a low coverage and poor focus. Efforts should be concentrated on improving care for individuals who have already been diagnosed, linking them to services by offering regular medication and educational strategies.

Diabetes Mellitus; Health Promotion; Mass Screening

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.
² Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Correspondência

M. A. S. O. Dode
 Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.
 Av. Duque de Caxias 250, Pelotas, RS
 96001-970, Brasil.
 malicedode@terra.com.br

Introdução

O diabetes mellitus é uma doença crônica metabólica grave, cuja prevalência vem aumentando rapidamente em todo o mundo ¹. Além dos custos financeiros, também acarreta um prejuízo social, já que é responsável pelo aumento da mortalidade precoce e por muitas incapacitações ².

Estudo realizado em 1987 em nove capitais brasileiras ³ mostrou que metade dos portadores de diabetes desconhece sua condição. Outros estudos ^{4,5} mostraram que os portadores de diabetes já apresentavam complicações microvasculares ao diagnóstico.

Devido a esse quadro, e com a criação de um pacto solidário entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, e com o apoio e participação de diversas sociedades médicas e entidades vinculadas a essa patologia, foi criado, no Brasil, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus ².

Esse plano tem como objetivo geral o estabelecimento das diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde (SUS). São também objetivos intensificar as ações voltadas à prevenção primária, redução e controle dos fatores de risco, detecção, vinculação e tratamento dessas doenças na rede básica de saúde, além da capacitação de recursos humanos, melhoria dos atendimentos especializados e da assistência farmacêutica ².

Em março e abril de 2001, como parte do plano de reorganização, o governo federal implementou uma campanha em nível nacional, com o objetivo de detectar os casos suspeitos de diabetes por meio da oferta de testes de glicemia capilar a todos os usuários do SUS. A população-alvo da campanha foi os indivíduos com 40 anos de idade ou mais, usuários do SUS. Foram considerados usuários do SUS 75% das pessoas dentro da faixa etária estabelecida, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/1999) ². Aos municípios participantes da campanha, o governo federal forneceu glicosímetros, tiras reagentes e lancetas. Na campanha de divulgação foram utilizados vários tipos de cartazes e folhetos informativos para pacientes e médicos. Houve a inserção de mensagens em redes de TV, outdoors e mídia impressa. O Ministério da Saúde financiou também a realização de quatro encontros macrorregionais para capacitação de multiplicadores, formando 13.859 profissionais ². Coube aos municípios o fornecimento de profissionais de saúde e material de expediente, que representou 25% do total do custo da campanha ⁶.

A cobertura oficial nacional estimada da campanha foi de 73% ⁶, sendo, no Rio Grande do Sul, 59%, a segunda mais baixa do país ⁶. A proporção de exames suspeitos no estado foi de 19,4%, sendo este valor o mais alto do país ², no qual 16,4% dos exames foram considerados suspeitos ⁶. Fazia parte do objetivo da campanha a confirmação desses casos, mediante realização de dosagem da glicemia plasmática de jejum, solicitada por meio de consulta em unidade de saúde mais próxima, para onde seriam encaminhados os pacientes com exames suspeitos ².

Em Pelotas, cidade com aproximadamente 320 mil habitantes, localizada no sul do Brasil, a meta da campanha era atingir 94 mil indivíduos, os supostos usuários do SUS, com 40 anos ou mais. A cobertura oficial estimada foi de 43,2%. Apresentaram valores de glicemia capilar de jejum igual ou superior a 100mg/dL, ou sem jejum igual ou superior a 140mg/dl, 16% dos indivíduos ⁷.

A cobertura oficial baseou-se em um cálculo que na verdade reflete a utilização ⁸, ou seja, cociente entre o número de testes realizados e a estimativa oficial da população-alvo da campanha (usuários do SUS, estimados em 75% da população com 40 anos ou mais). A verdadeira cobertura seria a proporção entre o número de pessoas de 40 anos de idade ou mais testada entre os usuários do SUS e a população desta faixa etária usuária do SUS. O presente estudo, sendo de base populacional, pode sanar essas falhas nas estimativas oficiais já que consegue coletar

o real número de pessoas que realizaram o teste e a verdadeira proporção de usuários do SUS, além de fornecer informações extras como o foco (proporção dos testes realizados em pessoas que realmente atendiam os critérios de inclusão, dentre todos aqueles realizados por ocasião da campanha) ⁹, descrição da captação, vinculação e os fatores associados à participação.

Portanto, através do estudo pretende-se proporcionar informações importantes para o planejamento das ações e políticas de saúde.

Materiais e métodos

Realizou-se de setembro a dezembro de 2002 um estudo transversal de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, onde 93,2% dos habitantes vivem na zona urbana. A população elegível para o estudo foi composta por adultos com 20 anos ou mais, residentes na área urbana da cidade, entrevistados em seus domicílios. Os entrevistadores foram treinados na aplicação de questionários previamente testados e que desconheciam os objetivos e hipóteses da investigação.

Para o cálculo do tamanho da amostra foram utilizados os dados obtidos em um estudo pré-piloto, realizado em setor censitário que não foi incluído posteriormente na amostra, onde se constatou que cerca de 20% das pessoas referiram ter participado da campanha. Com o objetivo de avaliar a frequência à campanha, considerando-se erro de três pontos percentuais, nível de confiança de 95%, já acrescentados de 10% para perdas e recusas, considerando efeito de delineamento de 1,5, resultou necessário entrevistar 1.126 pessoas. Dados do censo demográfico de 2000 ¹⁰ estimavam encontrar esse número de pessoas em aproximadamente 536 domicílios. Sendo parte de um estudo maior com necessidade de um grande número de amostra foram visitados mais domicílios.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Os setores foram selecionados de forma sistemática, de um total de 404, previamente ordenados e estratificados de acordo com a renda média do chefe da família. Foram visitados 144 setores censitários da zona urbana da cidade, o que incluiu 1.530 domicílios e todos os adultos residentes nos mesmos.

Para comparação com dados nacionais (cobertura oficial, ou seja, utilização), considerou-se que os usuários do SUS representavam 75% de todas as pessoas com 40 anos de idade ou mais. A cobertura então foi calculada primeiramente considerando-se o total de testes realizados por pessoas maiores de 40 anos em relação a esse de-

nominador (utilização) e, posteriormente, o total de pessoas que realizaram estes testes, o que seria a cobertura entre usuários estimados. Para o cálculo da cobertura entre usuários reais, foi utilizado o número de pessoas que realizaram o teste entre as que referiram na pesquisa serem usuários do SUS.

No cálculo do foco do programa verificou-se a proporção dos testes realizados em pessoas que realmente atendiam os critérios de inclusão, dentre todos aqueles realizados por ocasião da campanha.

Na seqüência, foram investigadas as etapas de confirmação diagnóstica e vinculação aos serviços.

Nas entrevistas foram coletadas as seguintes variáveis: sexo; idade (anos completos); cor da pele (observada); situação conjugal; escolaridade (em anos completos); nível econômico de acordo com a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP)¹¹; diabetes mellitus auto-referido; local de consulta; participação na campanha; repetição do teste de glicemia capilar; conhecimento do resultado do teste; resultado do teste; encaminhamento à consulta médica; ida à consulta; realização de exames confirmatórios; e situação atual de tratamento.

O desfecho foi obtido através da pergunta: Há dois anos atrás teve uma campanha onde faziam o teste do dedinho, para saber se as pessoas tinham diabetes ou açúcar no sangue. “O(A) Sr(a). ficou sabendo da campanha?” Se sim: “O(A) Sr(a). fez o teste do dedinho em Posto de Saúde, Associação de Diabetes ou Asilo de Mendigos na época da campanha?”

A repetição do teste foi obtida da seguinte forma: “O(A) Sr(a). fez o teste mais de uma vez na campanha? Se sim: Quantas vezes?”

Para obtenção da variável diabetes mellitus auto-referido utilizou-se a seguinte pergunta: “Antes da campanha algum médico já tinha lhe dito que o (a) Sr(a). tinha açúcar no sangue?”

Dez por cento das entrevistas foram repetidas utilizando-se questionário específico para controle de qualidade. Foi realizada dupla digitação dos dados para checagem de consistência usando-se o programa Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

Uma análise inicial descreveu a amostra após a categorização das variáveis contínuas. As análises foram realizadas entre os usuários do SUS com 20 anos ou mais de idade. Utilizou-se o programa Stata for Windows versão 8.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos). O projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Resultados

Nos 1.530 domicílios visitados foram encontrados 3.255 indivíduos com 20 anos de idade ou mais. Destes, 1,3% foi excluído por ser considerado incapaz de responder ao questionário e 3,5% foram perdidas, resultando em uma amostra final entrevistada de 3.100 indivíduos.

No controle de qualidade houve concordância muito boa em relação à variável “frequência à campanha” ($\kappa = 89,7\%$). O efeito de delimitação encontrado foi de 1,6.

Das pessoas estudadas, 56,7% eram do sexo feminino. A amostra foi predominantemente branca (81%); 54,7% tinham 40 anos ou mais de idade; escolaridade média de 7,7 anos ($dp = 4,6$), sendo que 26,2% possuíam quatro anos ou menos de estudo. Sessenta e três por cento das pessoas viviam com companheiro. Os níveis econômicos A/B (25,1%) eram os de menor representação, sendo os D/E (41,9%) os mais representados. Na informação sobre o local de consulta, 54,1% relataram que costumavam se consultar em unidades do SUS na época da campanha.

A Tabela 1 mostra a cobertura da campanha conforme diferentes critérios utilizados. Na comparação com a cobertura oficial (utilização), quando se utilizou o número de testes realizados, obteve-se uma cobertura de 45,8% (IC95%: 43,0-48,5) e, utilizando-se o número de pessoas que realizaram o teste (cobertura entre usuários estimados), de 37,7% (IC95%: 35,1-40,5). Realizando-se o cálculo para os usuários reais, ou seja, aqueles que declararam ser usuários do SUS, a cobertura foi de 38,5% (IC95%: 35,2-41,9).

A Figura 1 apresenta o resultado do foco da campanha, calculado em 46,5% (IC95%: 42,8-50,2). Entre os 706 testes realizados, 127 pessoas tiveram de repeti-lo, ou seja, foram ao posto mais de uma vez durante a campanha para realizar o teste. Das 579 pessoas que realizaram o teste (testes adequados), 172 pessoas não se declararam usuárias do SUS. Dos que se declararam, 65 tinham menos de 40 anos, portanto 328 pessoas atendiam os critérios de inclusão da campanha.

Na amostra estudada, a frequência de pessoas que foram à campanha dentro da faixa de 20 anos ou mais foi de 18,7% (IC95%: 17,3-20,1). Considerando-se aqueles maiores de 40 anos indivíduos chamados pela campanha (1.693 pessoas), a frequência foi de 28,3% (IC95%: 26,2-30,6).

A Tabela 2 descreve as características socioeconômicas e demográficas dos usuários do SUS que compareceram à campanha. Percebe-se maior frequência à campanha das pessoas do sexo feminino, sem diferença com relação a cor, uma tendência linear diretamente proporcional à idade e inversamente à escolaridade. Não fo-

Tabela 1

Cobertura da *Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus* conforme diferentes critérios, em pessoas de 40 anos de idade ou mais. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Critérios	Esperado	Alcançado	Cobertura	
	(denominador)	(numerador)	%	IC95%
Testes realizados entre usuários do SUS estimados	1.272 *	582	45,8	43,0-48,5
Pessoas que realizaram o teste entre usuários do SUS estimados	1.272 *	480	37,7	35,1-40,5
Pessoas que realizaram o teste entre os reais usuários do SUS**	852 ***	328	38,5	35,2-41,9

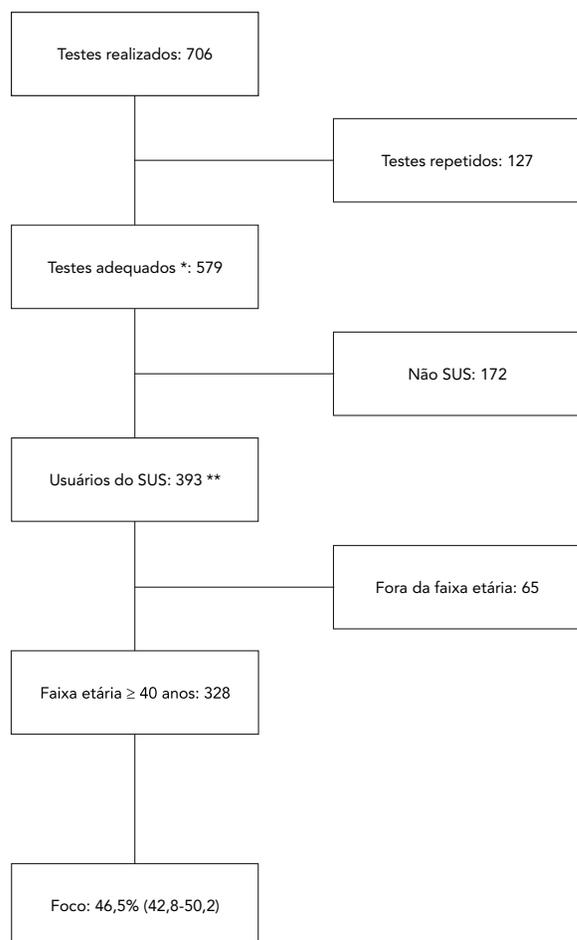
* $3.100 \times 0,547 \times 0,75$;

** 163 pessoas sem informação;

*** $2.937 \times 0,531 \times 0,541$.

Figura 1

Foco da *Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus* conforme exames realizados. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.



* O termo teste adequado refere-se ao binômio: 1 pessoa = 1 exame;

** 14 pessoas sem informação.

ram encontradas diferenças com relação à situação conjugal e nível econômico ANEP.

A Figura 2 apresenta um fluxograma para os maiores de 40 anos, desde a participação na campanha até a situação final de tratamento. Dentre as 480 (28,3%) pessoas que foram à campanha nessa faixa etária, excluindo-se 2,5% que não lembravam o resultado do exame, 14,3% informaram ter resultado de teste considerado alterado, ou seja, auto-referiram que o teste estava alto ou relataram ter apresentado resultado de glicemia $\geq 140\text{mg/dl}$. Desses, aproximadamente a metade tinha diagnóstico prévio de diabetes. Dos que não tinham diagnóstico prévio, 14 (42,4%) realizaram exames para confirmação diagnóstica, sendo que sete destes (50%) tiveram o diagnóstico confirmado, estando todos em tratamento.

Discussão

Com base na metodologia empregada, este estudo pode ser considerado representativo da população adulta com 20 anos de idade ou mais, residente na zona urbana da cidade de Pelotas. Destaca-se o baixo percentual de perdas e recusas e a similaridade na distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas com os dados censitários do município¹⁰ (não mostrados). O efeito de delineamento encontrado estava próximo do utilizado no cálculo do tamanho da amostra.

Os resultados encontrados quando se utiliza a cobertura oficial mostraram-se similar aos divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde para a cidade de Pelotas, ou seja, de 43,1% (IC95%: 42,8-43,5)⁷. Utilizando-se o número de pessoas que realizaram o teste, ou seja, suprimindo os testes repetidos, a cobertura foi reduzida em oito pontos percentuais. Considerando-se o fato de

Tabela 2

Distribuição da amostra segundo variáveis demográficas, sócio-econômicas e associação com frequência à *Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus*, em usuários do SUS. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variáveis	n	Frequência à campanha (%)	Análise bruta		Valor p
			RP	IC95%	
Sexo (N = 1.589) *					< 0,001 **
Masculino	639	20,0	1,00		
Feminino	950	27,9	1,39	1,16-1,67	
Cor da pele (N = 1.589) *					0,3 **
Branca	1.193	24,0	1,00		
Não-branca	396	27,0	1,13	0,92-1,39	
Idade (anos; N = 1.589) *					< 0,001 ***
20-29	413	7,3	1,00		
30-39	324	10,8	1,49	1,01-2,19	
40-49	347	33,1	4,56	3,18-6,55	
50-59	247	45,3	6,24	4,40-8,85	
60-69	140	44,3	6,10	4,21-8,83	
70 +	118	33,1	4,55	2,97-6,98	
Escolaridade (anos; N = 1.589) *					< 0,001 ***
0-4	601	30,1	2,83	1,24-6,45	
5-8	628	24,0	2,26	0,98-5,21	
9-11	313	17,9	1,68	0,74-3,81	
12 +	47	10,6	1,00		
Situação conjugal (N = 1.589) *					0,8 **
Com companheiro	985	24,5	1,00		
Sem companheiro	604	25,2	1,03	0,83-1,27	
Nível econômico ANEP (N = 1.587) *					0,8 ***
A/B	102	21,6	1,00		
C	490	24,5	1,14	0,71-1,81	
D/E	995	25,2	1,17	0,74-1,84	

ANEP: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.

* Os totais de observações diferem na variável nível econômico em função de respostas ignoradas;

** Teste de Wald;

*** Teste de tendência linear.

que 54,1% dos entrevistados relataram ser usuários do SUS, à época da campanha, a cobertura encontrada (entre os usuários reais) também esteve abaixo da divulgada. De acordo com os critérios oficiais, os dados encontrados mostraram que a cobertura da *Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus* – 2001 em Pelotas pode ser considerada baixa ². Na avaliação nacional foram encontradas baixas coberturas em municípios com características similares (região sul, população maior que 100 mil habitantes e com mais de 75% destes residindo na área urbana) ⁶.

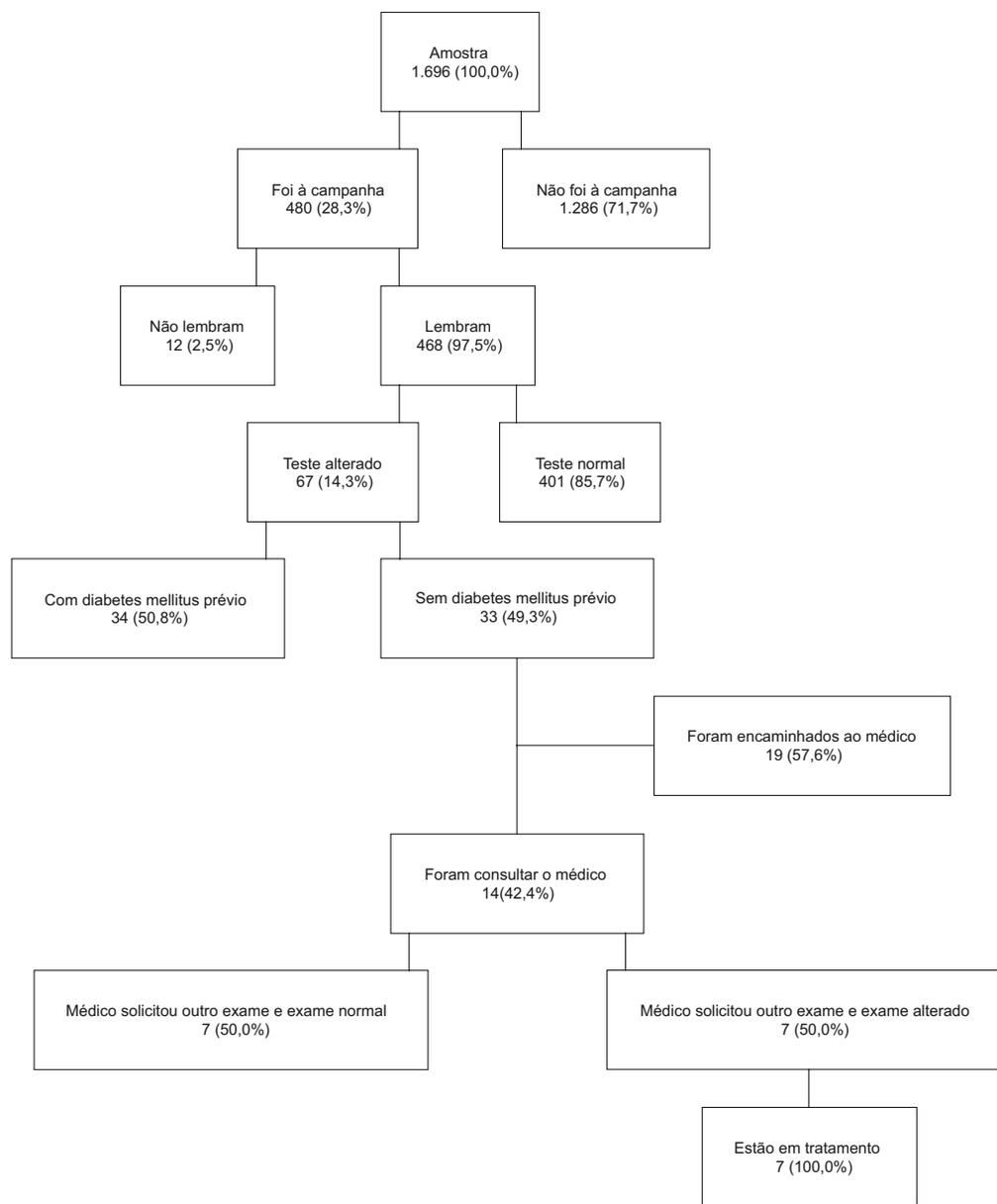
Ao levar-se em consideração o desperdício de recursos através da repetição desnecessária de exames, realizados em pessoas fora da faixa etária, ou em não usuários do SUS, ou seja, ava-

liando-se o foco do programa, observou-se que apenas metade dos testes foi realizada por indivíduos pertencentes à população-alvo da campanha ⁹. Entre as pessoas que foram à campanha, 17,1 % estavam fora da faixa etária, 30,4% não eram usuários do SUS e 18,0% realizaram mais de um teste.

A frequência à campanha na amostra estudada (população de 20 anos de idade ou mais) foi de cerca de 20%. Esse valor aumenta para 28% quando computados apenas os indivíduos com 40 anos de idade ou mais. Essa frequência pode ser considerada baixa, pois apesar de a campanha ser direcionada à população usuária do SUS, e com 40 anos de idade ou mais, não havia limitações para atendimento a não usuários e a pessoas fora desta faixa etária.

Figura 2

Fluxograma de participação e vinculação em pessoas com 40 anos de idade ou mais.



Este estudo, por ser de base populacional, é capaz de identificar os grupos que atenderam ao chamado desta campanha entre os que relataram ser usuários do SUS. A participação maior das mulheres na campanha está de acordo com os achados de outros estudos que mostraram que as pessoas do sexo feminino freqüentam mais os serviços de saúde^{12,13}. Com relação à idade, exis-

te uma tendência crescente de freqüência à campanha à medida que esta aumenta. A diminuição dessa freqüência a partir dos 60 anos, em relação à década anterior, provavelmente deve-se ao fato de estas pessoas freqüentarem mais o serviço de saúde¹³ e já terem diagnóstico de diabetes mellitus, dado encontrado no estudo multicêntrico³ com relação à diagnóstico prévio de diabetes.

Entre os indivíduos com 40 anos ou mais de idade que foram à campanha, cerca de sete por cento relataram ter apresentado teste alterado e não terem diagnóstico prévio de diabetes. Esse valor pode ser considerado baixo quando comparado aos 16,0% encontrados no município ⁷ e aos 16,4% em nível nacional ⁶. Cabe ressaltar as diferenças entre os dados, visto que nos dois últimos foram medidos utilização e não cobertura ⁸ e, portanto, podem conter dados de exames repetidos por pessoas excessivamente sensibilizadas por exames alterados e portadores de diabetes mellitus que repetiram exames para controle, sem informar esse diagnóstico prévio. Deve-se lembrar que os dados deste estudo referem-se a pessoas que lembraram ter ido à campanha e ter apresentado resultado alterado. Na avaliação nacional ⁶, maiores percentuais de exames alterados foram encontrados em pessoas que apresentaram resultados considerados pelos critérios da campanha duvidosos, ou seja, glicemias de jejum entre 100 e 125mg/dl, e sem jejum, 140 e 199mg/dl e, portanto, poder-se-ia supor que as pessoas que lembraram da campanha e seguiram o fluxo à vinculação eram aquelas que apresentaram nível glicêmico mais alto ⁶.

Entre os que foram se consultar, o diagnóstico de diabetes foi confirmado para 50%. Desse, todos estão em tratamento para diabetes. Resultou então que, das 480 pessoas rastreadas na campanha, 1,5% confirmou o diagnóstico e relatou estar em tratamento.

A *Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus* em Pelotas não teve o impacto esperado frente ao esforço e gasto despendidos para a sua realização. O fato de existir uma ampla rede de unidades básicas de saúde bem distribuída no município, certamente torna o acesso ao diagnóstico facilitado, o que foi evidenciado pela alta prevalência de diabetes auto-referido encontrada na amostra (11,6%).

Embora exista ampla evidência científica mostrando que certos fatores de risco predis põem indivíduos ao desenvolvimento de diabetes, não existem ensaios clínicos randomizados demonstrando a efetividade de um programa de rastreamento para diminuir a mortalidade e

morbidade por esta doença em indivíduos assintomáticos. Segundo a OMS ¹, pouco se sabe a respeito de respostas públicas a programas de rastreamento de diabetes. A Organização também reforça que, mesmo testes com alta sensibilidade terão essa diminuída, se a captação for baixa. Acredita-se que captação, cadastramento e vinculação de pessoas às equipes de saúde não podem ser ações pontuais realizadas por meio de campanhas e direcionadas àquelas pessoas que procuram os serviços médicos espontaneamente ¹⁴. Essa atitude tem levado grupos de pessoas exageradamente sensibilizados por campanhas de mobilização pública a procurar reiteradamente os serviços que prestam o atendimento, sobrecarregando o sistema. Outro ponto importante que contra-indica campanhas de rastreamento em Pelotas é a alta prevalência de diabetes mellitus auto-referido, o que, de acordo com o ponderado pela OMS, seria uma evidência epidemiológica para não se realizar rastreamento ¹.

Uma possível limitação do presente estudo é o fato de termos informações auto-referidas. No entanto, no relato de frequência à campanha (45,8%; IC95%: 43,0-48,5) bem como no de resultados alterados de testes (14,0%; IC95%: 11,0-17,4%), os valores encontrados são similares aos oficiais divulgados para a cidade, além do que, a informação de diabetes mellitus auto-referido já foi validada em estudo anterior ¹⁵.

Em Pelotas, município com aproximadamente 320 mil habitantes, com 54 postos de saúde distribuídos pela cidade, no qual 54% das pessoas da zona urbana são usuários do SUS e 8% destes têm diagnóstico prévio de diabetes, esforços devem ser concentrados em melhor atendimento aos já diagnosticados, vinculando-os aos serviços através de oferta regular de medicações e estratégias educativas. Intervenções com o objetivo de redução de peso e aumento da atividade física têm se mostrado efetivas em reduzir o risco de desenvolvimento de diabetes e de outras doenças crônicas ¹⁶. Portanto, estratégias de educação em massa para mudanças de estilo de vida poderiam abranger toda a população em risco, independente de diagnóstico.

Resumo

Medir cobertura, foco, fatores associados à participação e vinculação à Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Mellitus em Pelotas, sul do Brasil. Foram entrevistadas 3.100 pessoas na zona urbana de Pelotas, em estudo transversal de base populacional. Utilizaram-se diferentes critérios para cobertura: utilização, cobertura entre usuários estimados, cobertura entre usuários declarados. O foco foi a proporção dos testes realizados em pessoas que atendiam a critérios de inclusão. As coberturas encontradas foram: utilização 45,8% (IC95%: 43,0-48,5), cobertura entre usuários estimados 37,7% (IC95%: 35,1-40,5), cobertura entre usuários declarados 38,5% (IC95%: 35,2-41,9). O foco foi de 46,5% (IC95%: 42,8-50,2). Sexo feminino, maior idade e menor escolaridade foram associados com aderência à campanha. Dentre aqueles com rastreamento positivo e sem diagnóstico prévio, 42,4% foram mais tarde vistos por médico e metade confirmou diagnóstico. A campanha teve baixa cobertura e foi pouco focalizada. Esforços devem ser concentrados em melhor atendimento aos já diagnosticados, vinculando-os aos serviços através de oferta regular de medicações e estratégias educativas.

Diabetes Mellitus; Promoção da Saúde; Programas de Rastreamento

Colaboradores

M. A. S. O. Dode participou de todas as fases de produção do artigo, desde o planejamento, coleta de dados, análise e redação. M. C. F. Assunção orientou no planejamento, na análise dos dados e na revisão crítica do manuscrito. N. C. J. Valle orientou na análise dos dados e na revisão crítica do texto.

Agradecimentos

Este trabalho contou com apoio financeiro da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Referências

1. World Health Organization. Screening for type 2 diabetes: report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Series Screening for type 2 diabetes. Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation Meeting 2003. <http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening> (acessado em 30/Out/2003).
2. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus: março-abril 2001. Relatório das ações e resultados alcançados. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Malerbi DA, Franco LJ. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30-69yr. *Diabetes Care* 1992; 15:1509-16.
4. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 2002; 25 Suppl 1:28S-32S.
5. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-86.
6. Ministério da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas. Relatório da Campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus em Pelotas. Pelotas: Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas; 2001.

8. Habitch JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999; 28:10-8.
9. Hutchison B, Birch S, Evans CE, Goldsmith LJ, Markham BA, Frank J, et al. Selective opportunistic screening for hypercholesterolemia in primary care practice. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:817-25.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro; 2000.
11. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critérios de classificação econômica do Brasil. São Paulo: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; 2002.
12. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:372-8.
13. Dias-da-Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:360-69.
14. Wilson JMG, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968; 65:281-393.
15. Diabetes Prevention Control. The Diabetes Prevention Program: design and methods for a clinical trial in the prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22:623-24.
16. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson J, Valle T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344:1343-50.

Recebido em 06/Jan/2006

Versão final reapresentada em 24/Nov/2006

Aprovado em 07/Fev/2007