

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL NO
MUNICÍPIO DE CAETÉ, MINAS GERAIS**

THIAGO GATTO BASTOS BARROSO

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2011

THIAGO GATTO BASTOS BARROSO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL NO
MUNICÍPIO DE CAETÉ, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Lenice de Castro Mendes Villela

CONSELHEIRO LAFAIETE/MINAS GERAIS

2011

THIAGO GATTO BASTOS BARROSO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL NO
MUNICÍPIO DE CAETÉ, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Lenice de Castro Mendes Villela

Banca Examinadora

Prof. Dra. Lenice de Castro Mendes Villela - orientadora

Prof. Sandro Marlon de Oliveira

Aprovado em Conselho Lafaiete: 10/12/2011

AGRADECIMENTOS

Agradecer me parece a tarefa mais fácil dentre as tantas que executei ao longo de mais esta jornada pessoal e profissional.

À minha esposa Kênia, companheira de todas as horas e maior incentivadora, que sempre compreendeu minha ausência seja para fins de estudo ou trabalho, às vezes bem longe da nossa casa. Obrigado por somar tanto à minha vida. Sem você eu não teria cumprido esse objetivo.

Aos meus pais, educadores por devoção e professores por profissão, obrigado por consolidar em mim a certeza de que o saber é o bem mais valioso.

À Virgiane, minha tutora durante o curso, agradeço a forma gentil com que mostrava onde buscar o conhecimento, sempre através do incentivo. Apesar do modo "à distância", se fez tão próxima e disponível.

Agradeço à minha equipe de trabalho em ESF da UBS Topázio, sobretudo à Enfermeira Adriana, pelo desprendimento sempre que necessário.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FIBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

DM - Diabetes Melitos

Alc - Alcoolismo

Dç Psiq - Distúrbios psiquiátricos

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

PEA - População Economicamente Ativa

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo discutir e identificar a demanda pela assistência à saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde em dois principais grupos populacionais: urbano e rural. Para tal foi feito um estudo epidemiológico analítico descritivo dos registros das Fichas A do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) das famílias assistidas residentes na área urbana e rural da Estratégia de Saúde da Família, referente ao município de Caeté/MG, em 2010. Os dados demonstraram que na população rural, 64% dos usuários são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e 20% de Diabetes, enquanto que na população urbana, os percentuais foram de 52% e 10%, respectivamente. A distribuição territorial da população e suas demandas de saúde apontam para a necessidade de uma nova ótica sobre o planejamento e execução de ações de saúde adequadas para as diferentes áreas geográficas.

Descritores

- Atenção Primária à Saúde; Serviços Básicos de Saúde; Avaliação, Usos da Epidemiologia

ABSTRACT

This study aims to discuss and identify the demand for health care within the Primary Health Care in two main population groups: urban and rural. Due to this was done a descriptive epidemiological study using records of The ISPC (Information System Primary Care) Sheets (Ficha A) about the assisted families residing in urban and rural areas of the Family Health Strategy, regarding Caeté city / MG in 2010 . The data showed that the rural population, 64% of users are suffering from Hypertension and Diabetes 20%, while the urban population, the percentages were 52% and 10%, respectively. The territorial distribution of population and its health demands point to the need for a new perspective on planning and implementing health interventions appropriate for different geographic areas.

Keywords

- Primary Care, populations groups, epidemiological study Urban and Rural populations.

SUMÁRIO

1.Introdução.....	9
2.Objetivos.....	12
2.1.Objetivo Geral.....	12
2.2. Objetivo Específico.....	12
3. Revisão da Literatura	13
4. Metodologia.....	16
5. Resultados.....	19
6. Discussão.....	22
7. Considerações Finais.....	25
Referências.....	27

1. INTRODUÇÃO

Diante de transformações históricas ao longo do processo de consolidação da assistência à saúde, o Brasil experimentou modelos assistenciais das mais variadas formas de composição e ação, quase sempre versando sobre a demanda pelo serviço, pois historicamente percebe-se que outrora o planejamento em saúde nunca foi amplamente praticado em nosso país.

Claramente expresso na Constituição Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu diante de questões técnicas, políticas, financeiras e administrativas. O SUS, conforme explicita Simões *et al* (2007) basea-se em princípios e diretrizes de uma grande política de humanização da assistência à saúde no país, uma vez que visa à garantia de acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e convertendo a saúde em um direito. Contudo, na prática o que se percebe é que este modelo ainda enfrenta algumas dificuldades para atingir seus objetivos devido a uma conjuntura de fatores, dentre os quais a limitação de recursos financeiros, os entraves administrativos e gerenciais do setor público, as constantes desavenças políticas e a falta de preparo dos profissionais.

Este modelo de assistência disponibilizado para a população brasileira, apesar de controverso em muitos de seus aspectos e ainda em fase de adaptação e adequação, ao mesmo tempo, é um modelo de referência para outros países historicamente poderosos como os Estados Unidos da América.

A Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 de 19/09/1990), que versa acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços, nas Disposições Gerais do Título I, Artigo 3º, evidencia que

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, p. 1)

Esta lei versa, também, acerca da Vigilância Epidemiológica no contexto da saúde coletiva e na assistência à saúde da população.

“Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990, p. 3).

Dentro de uma nova ótica de organização, o SUS conta com uma forte aliada para projetar suas ações: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto novo modelo de Atenção Primária à Saúde. Mais do que nunca, o planejamento em saúde tem suma importância, pois conceitualmente a prevenção e a promoção constituem as bases para todo o processo de trabalho da equipe de saúde onde quer que estejam localizadas por este país, nas mais diversas realidades e complexidades. E é justamente nesta gama de várias realidades com as quais se pode deparar, no dia a dia, na Atenção Primária à Saúde, onde encontram-se algumas questões críticas que devem ser repensadas para melhorar o processo de trabalho. A avaliação do serviço de saúde direciona para um planejamento da assistência com propostas de intervenções para o processo de trabalho da equipe de saúde, tendo em vista a qualidade de vida da população.

Duas vertentes bastante divergentes merecem destaque as populações rurais e urbanas, pois se trata de pessoas com hábitos de vida muito distintos, apesar de atualmente algumas condições favorecerem uma interação mínima entre os dois espaços geográficos. No entanto, observam-se divergências no modo e estilo de vida, como na alimentação, no transporte, no trabalho, na moradia e outros aspectos que são responsáveis pelo processo de adoecimento e morte da população. A partir destas considerações, algumas hipóteses devem ser contempladas como: a) Duas comunidades com características sociais diferentes sofrem o mesmo processo de adoecimento?; b) Famílias com hábitos de vida diferentes têm o mesmo perfil epidemiológico?; c) Até onde o planejamento em Saúde deve se adequar às demandas locais da população adscrita?

Estes questionamentos justificam o presente estudo com o intuito de conhecer a população em seus diferentes aspectos na proposta da Estratégia de Saúde de Família. Estas informações podem ser extremamente úteis para um bom planejamento em saúde, buscando maneiras adequadas de executar as ações de saúde e as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais comuns, sejam eles evitáveis ou não, em um grupo específico ou em toda a população, tendo em vista suas particularidades geográficas, sociais, culturais e epidemiológicas.

O presente estudo não espera na sua conclusão propor mudanças ou correções nas leis ou nas políticas públicas de saúde vigentes atualmente, mas sim dar enfoque a um novo aspecto a ser considerado na ESF, chamando atenção à população e ao setor rural no âmbito do setor saúde,

assim como é feito em outros como do poder público, Previdência Social, Legislação Trabalhista, Legislação Tributária e Fiscal, Financiamentos Bancários e outros.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Elaborar o diagnóstico de saúde em duas comunidades, rural e urbana, no município de Caeté.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar o diagnóstico de saúde da população urbana e rural;
- Descrever as características de saúde da população segundo a região urbana e rural;
- Apresentar as diferenças do perfil epidemiológico da população segundo a região urbana e rural.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O SUS, apesar de constitucionalmente instituído, pode ser considerado um modelo em fase de amadurecimento e aperfeiçoamento, com desafios a superar.

"Em um país com as mazelas e discrepâncias claras de condições de vida entre as classes sociais com as quais convivemos, a proposta de construção de um Sistema Único (SUS) universal, equânime, com atenção resolutiva e integral e controle social é um grande desafio técnico, ético e político." (FARIA, 2009, p.11)

O modelo assistencial proposto para o SUS brasileiro constitui-se como um processo histórico no país que conta com a mobilização de profissionais de saúde e membros da sociedade civil somando esforços para garantir ao cidadão o direito de ter direito. Desta maneira, para que este modelo possa se consolidar necessita do apoio da soma de saberes por meio da real atuação em equipe multidisciplinar, conceitos e práticas como acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo e o estabelecimento de relação entre sujeitos sociais. (FARIA, 2009).

Cotta *et al* (2009) corrobora com a relevância da atuação dos diferentes atores para o sucesso da ESF ao comprovar em seu trabalho Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira em Minas Gerais que

"Os resultados obtidos apontam para a importância de intervenções multiprofissionais, por meio do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, prevenir complicações dessas doenças e proporcionar melhoria da qualidade de vida" (COTTA, 2009, p. 6).

Ianni (2008) explicita que há uma relação de interferência por parte do social e do biológico sobre o quadro epidemiológico seja individual ou coletivo. A discussão sobre os conceitos do biológico e social e suas inter-relações, deve ter como referência o processo de saúde e adoecimento nas populações.

"O perfil de mortalidade é dependente do desenvolvimento econômico. (...) A raiz da desigualdade está no modo de produção. (...) A doença tem a sua determinação na estrutura social, política e econômica. (...) A reprodução social determina ou condiciona o perfil de morbidade". (IANNI, 2008, p. 12)

Os estudos de Mendonça (2011) revelam a importância da Atenção Primária a Saúde brasileira enquanto reguladora inicial de toda a rede de atenção em saúde, a partir do momento que o usuário tem na atenção básica sua porta de entrada de acesso ao sistema de saúde. Cita também as subpopulações em que o sistema tem que se fazer presente, da forma

mais adequada possível, sempre levando em consideração suas particularidades quase sempre atreladas à pobreza.

"Temos incentivos especiais dentro da atenção primária para atendimento a populações quilombolas, aos assentamentos agrários, às populações indígenas e a todos os municípios do país com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Estamos assim promovendo equidade na distribuição dos recursos da atenção primária, inclusive para compensar a desigualdade de distribuição histórica da capacidade instalada de serviços hospitalares, baseada quase que exclusivamente na oferta dos mesmos." (MENDONÇA, 2011, p. 3)

Refletindo um pouco acerca da diferenciação de incentivos para determinadas populações, tomemos como exemplo o subsistema próprio de saúde destinado à população indígena. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), em seu Capítulo V, versa acerca do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e corrobora que:

“Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional” (BRASIL, 1990, p. 12 e 13).

Pode-se observar que a legislação exposta leva em consideração as particularidades desta população, o que comunga com a estratégia de descentralização do serviço, visando "à melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país" (FARIA, WERNECK e SANTOS, 2009, p. 34).

Dados do Censo de 2010 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram que há 190.755.799 pessoas morando no Brasil, distribuídos de forma que 84,4% dos domicílios são urbanos e 15,6% rurais. Em tese, existe uma população de 29.757.780 residentes em áreas rurais e a população indígena não passa de 315.000 pessoas. Estes dados apontam que determinada população, como no exemplo a indígena, tem suas particularidades contempladas pela legislação, mas que outras, como a rural, ainda se encontra em defasagem.

A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2004, discutiu e apontou que um dos desafios atuais era garantir o acesso a saúde à população rural (BRASIL, 2004). Esta política de Saúde foi concebida para coexistir com outros dispositivos assistenciais:

"A Política de Saúde para a População do Campo estará em sintonia com o Plano Nacional da Reforma Agrária; com o Plano Nacional de Saúde; com a Política Nacional de Humanização da Gestão da Atenção em Saúde; com o Projeto Amazônia; com as Políticas de Promoção da Igualdade Racial; com a Política Nacional de Desenvolvimento Regional e Política Nacional de Ordenamento Territorial; integrada a um conjunto de políticas públicas que eleve o padrão de vida da população por meio e ações intersetoriais, de geração de emprego e renda, de saneamento ambiental, de habitação, de eletrificação rural, de educação, de cultura e lazer, de acesso a terra e de transporte digno." (BRASIL, 2004, p.2)

Esta situação descrita advém do planejamento referente à saúde no país que de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) deve considerar a "utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática" (BRASIL, 1990). Ou seja, o planejamento deve contemplar as demandas e realidades locais como ponto de partida para organizar a oferta dos serviços.

E, em se tratando de planejamento e orçamento:

"Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União" (BRASIL, 1990, p. 20).

Sob este contexto há um impasse no que se refere ao planejamento, pois nem sempre as demandas são equivalentes entre si e o recurso empregado, demandado e até mesmo ofertado não é o mesmo quando comparamos duas realidades distintas, como no caso das populações rurais e urbanas.

4. METODOLOGIA

O local do estudo refere-se a duas comunidades, rural e urbana, do município de Caeté. Esta cidade histórica mineira de tradição mineradora que integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte está acerca de 55 quilômetros de distância da referida Capital. Sua área total é de 542 Km² e possui uma população de 40.750 moradores, sendo 86.9% residentes em área urbana e 13,1% na rural. (FIBGE, 2010)

O município de Caeté conta com 09(nove) equipes de ESF dispostas em 14 UBS, destas 07(sete) estão inseridas na área rural e 07(sete) na área urbana. Ainda faz parte da Rede Municipal de Saúde o Serviço de Saúde Bucal, disponibilizados em 02(duas) UBS; a Policlínica, onde disponibiliza os atendimentos de nível secundário das especialidades médicas; o Serviço de Vacinação e Imunização e ainda o Serviço de Saúde Mental Ambulatorial. O atendimento de urgência funciona em regime de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o hospital filantrópico local – Santa Casa de Caeté – que abriga o Pronto Atendimento em suas próprias dependências físicas.

Nas comunidades selecionadas para o estudo a UBS urbana situa-se no Bairro São Geraldo - "PSF Topázio" - e concentra a população de dois bairros: o próprio São Geraldo e o Bairro Emboabas - conjuntos habitacionais Emboabas I e II - totalizando 1.124 famílias cadastradas que formam uma população estimada entre 4.500 pessoas. As situações de desemprego, subemprego, violência urbana, tráfico de drogas e altos índices de criminalidade são problemas comuns à realidade da população, que tem na assistência social a complementação de programas governamentais, Bolsa Família, Benefícios de Prestação Continuada e outros, uma das principais fontes de renda das famílias. A UBS rural situa-se no Distrito de Antônio dos Santos, distante a 20 quilômetros do centro da cidade sede de Caeté, compondo com outras duas UBS a equipe de PSF Cristal, exclusivamente rural. A localidade é caracterizada pela tranquilidade e pelo silêncio típicos dos rincões no interior do Brasil. Com 310 famílias cadastradas, conta com uma população de cerca de 800 pessoas, grande parte delas moradoras de propriedades rurais do seu entorno.

Com a finalidade de destacar a importância do conhecimento acerca da população determinada, o presente trabalho faz do apanhado diagnóstico o seu principal fator de

aplicabilidade, uma vez que conhecer geográfica, demográfica e epidemiologicamente se torna fundamental para o desenvolvimento do trabalho de atenção primária à saúde.

O estudo epidemiológico do tipo descritivo mostra-se objetivo e adequado ao conteúdo, pois baseia-se na coleta de informações de modo sintetizado contidas em registros escritos utilizados pela equipe, dispensando o contato físico direto com os paciente e/ou indivíduos propriamente ditos. Deste modo, sua objetividade aliada ao fato de não haver contato com pessoas o torna aplicável e útil.

Matéria-prima indispensável para busca e construção do conhecimento, a informação se torna peça-chave neste processo e para tal a obtenção de dados foi realizada sob a forma de Estimativa Rápida. Este "é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de um determinado território". A escolha do método deveu-se as vantagens de ser uma abordagem bastante rápida, eficiente nos custos e na coleta dos dados pertinentes e necessários. (CARDOSO, FARIA e SANTOS, 2008).

A coleta de dados foi realizada em registros existentes nas respectivas UBS, sob escolha aleatória para análise de algumas informações contidas nas Fichas "A", preconizadas e emitidas pelo Ministério da Saúde de forma individual (por família). Foi empregada a contagem geral das famílias e/ou da população geral e dentro deste universo e 5% das fichas "A", do total das duas UBS tiveram seus dados obtidos para contagem simples, mantendo-se uma proporcionalidade dos dados obtidos sobre a população total. Desta forma foi aplicada a regra da proporcionalidade através da prevalência, onde são enumerados estatisticamente os casos existentes na população em relação à população total, pontuados num determinado momento temporal presente, garantindo-se a imparcialidade sobre a escolha das fichas de registro.

Para realização deste estudo utilizou-se os parâmetros discriminados nas fichas "A" com as variáveis estabelecidas: sexo e faixas etárias, distribuídas da seguinte forma: crianças de 0 a 14 anos em ambos os sexos; homens e mulheres de 15 a 59 anos e idosos com 60 ou mais anos. Estes critérios estão estabelecidos na própria ficha utilizada pela equipe para fomentar dados ao SIAB por obter as informações consideradas mais relevantes ao mesmo. Para as morbidades, o critério de seleção foi para aquelas que ocorrem com maior frequência e que são alvos de ações diretas pela ESF, tais como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melitos (DM), Alcoolismo (Alc), Distúrbios psiquiátricos (Dç Psiq), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

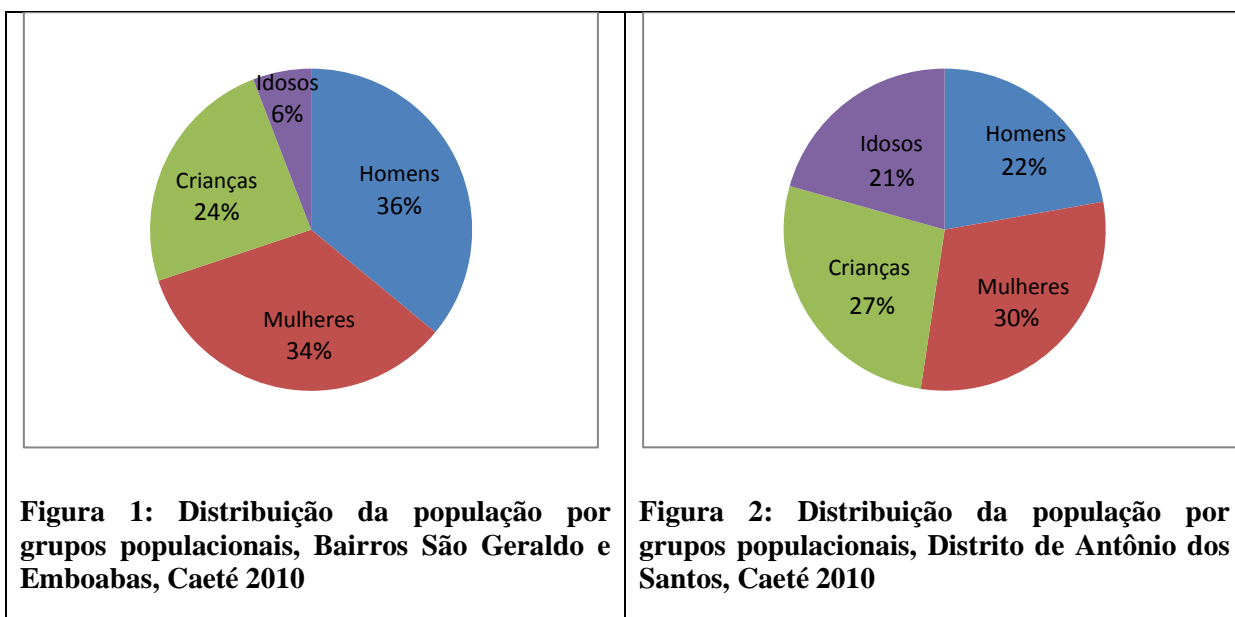
Para análise descritiva dos dados foram incluídas a distribuição da morbidade proporcional, segundo as faixas etárias de 0 a 14 anos, de 15 a 59 anos e de 60 ou mais anos, segundo o sexo e a região (urbana ou rural). Utilizou-se também o cálculo de prevalência, cuja razão se faz com o número total de casos em dado momento temporal como numerador e a população total a ser considerada como denominador.

Para essas análises foi utilizado o software Microsoft Office Excel 2007.

5. RESULTADOS

No município de Caeté verifica-se a distribuição da população situada na área urbana de referência dos bairros São Geraldo e Emboabas, com 1.124 famílias. Na área rural observa-se a população de referência do Distrito de Antônio dos Santos, com 305 famílias.

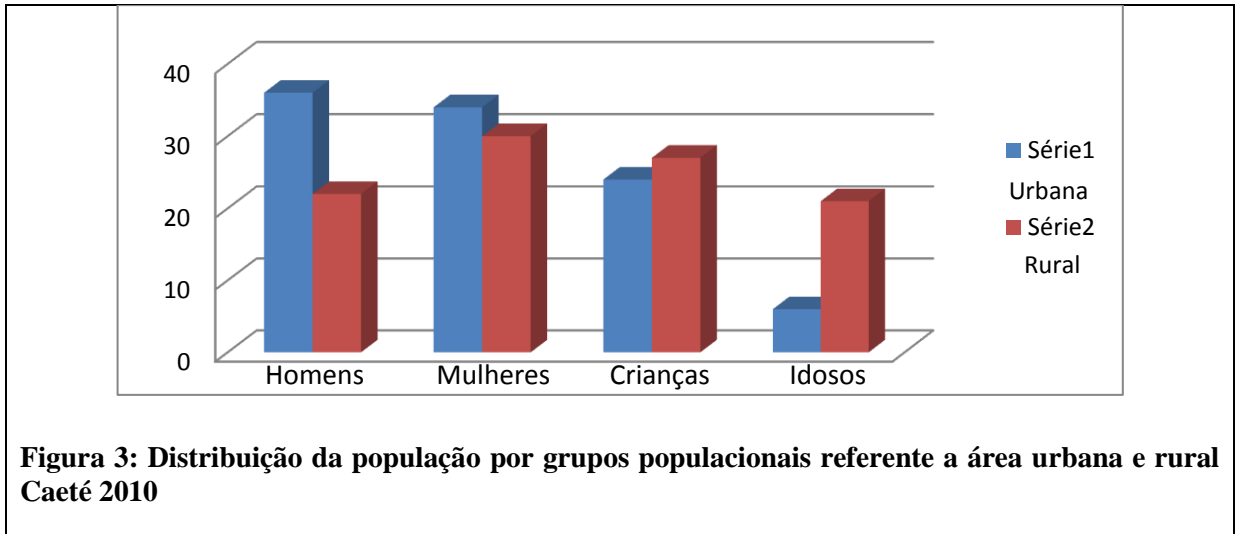
Como podemos observar nas figuras 1 e 2, a participação de adultos homens e mulheres entre 15 e 59 anos é de 70% da população na população urbana, enquanto na população rural esta porcentagem é de 52%. A parcela populacional dos idosos observada na população urbana é de 6% e na rural de 21%; as crianças são 24% da população urbana e 27% da rural. Verifica-se também que, entre as populações urbana e rural há significância estatística para os idosos e mulheres.



Fonte: Dados de "Fichas A" - PSF Caeté / MG.

A figura 3 apresenta uma comparação entre a distribuição dos grupos populacionais referentes às populações estudadas, onde a porcentagem dos mesmos nas respectivas populações guarda algumas diferenças entre si.

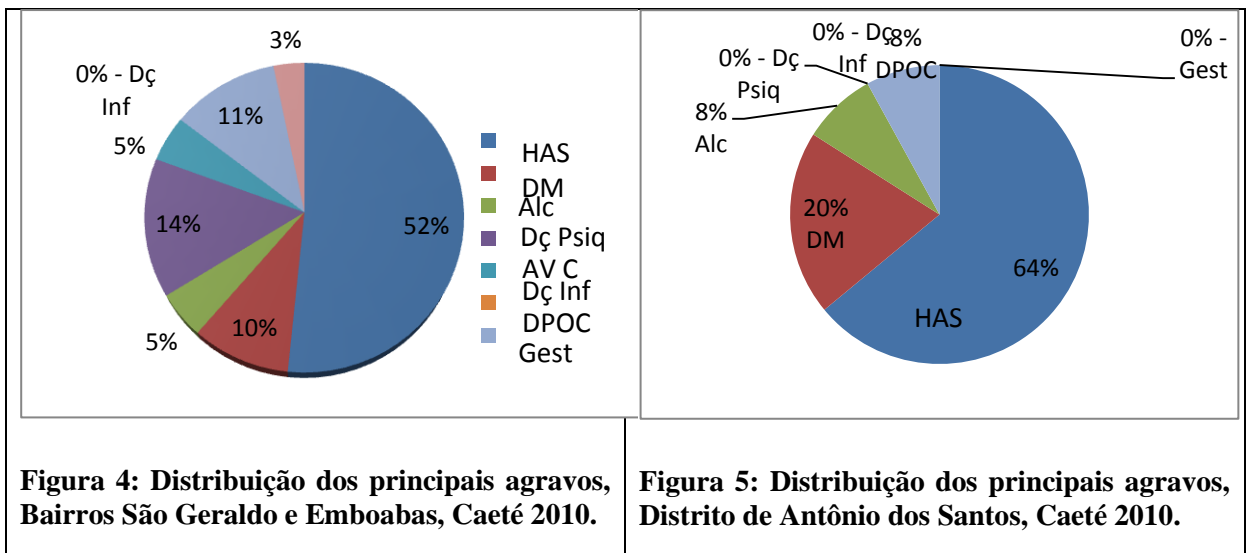
A figura 3 mostra um comparativo entre as duas comunidades estudadas discriminados por grupos populacionais.



Fonte: Dados de "Fichas A" - PSF Caeté / MG.

Nas figuras 3 e 4, há significância estatística para a HAS e DM.

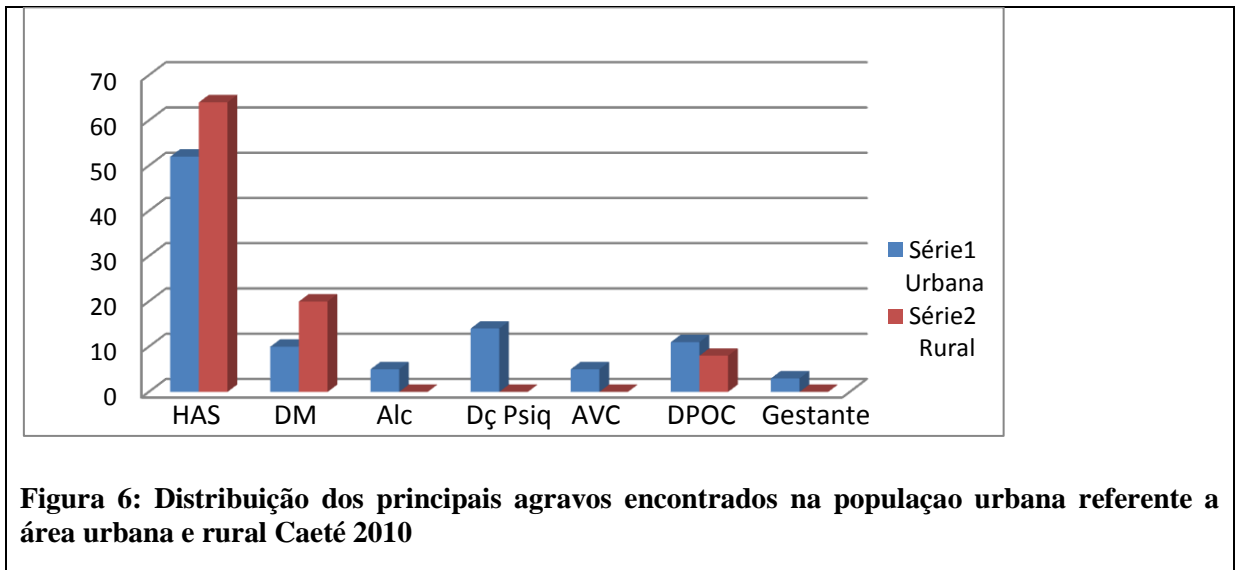
Em relação aos principais agravos por área de abrangência, observa-se maior relevância para a doenças crônicas em ambas as regiões, com destaque Acidente Vascular Cerebral nos bairros São Geraldo e Emboabas e para Hipertensão Arterial Sistêmica para a região do Distrito Antônio dos Santos (Fig.4 e 5).



Fonte: Dados de "Fichas A" - PSF Caeté / MG.

Quando comparamos a distribuição dos dados referentes a prevalência das principais doenças crônicas nas populações estudadas, observamos que algumas daquelas se distribuem de forma

distintas nestas populações. A figura 6 mostra um comparativo entre a prevalência das doenças crônicas mais comuns nas duas populações estudadas.



Fonte: Dados de "Fichas A" - PSF da cidade de Caeté / MG.

6. DISCUSSÃO

A objetividade dos números revela que, de fato, há de se considerar que em um mesmo município pode existir comunidades com realidades muito diferentes, o que revela a necessidade do mesmo organizar-se de forma a conhecer melhor sua população, fazendo com que as ações de saúde possam ser melhor planejadas, traçadas e executadas. O estabelecimento da "cultura do planejamento (...) envolve tanto postura profissional e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais. (BRASIL, 2009, p.7). Enquanto financiamento, o recurso não traz consigo esta discriminação, portanto, a mesma deve ser pensada e executada de acordo com a situação local.

Os dados obtidos permitem-nos levantar uma discussão acerca do caráter singular de cada população quando comparamos estatisticamente em seus perfis epidemiológicos as principais patologias crônicas combatidas por uma equipe de ESF.

No que tange os grupos populacionais separados por idade, destaca-se na população urbana a faixa etária economicamente ativa, pois 70% eram homens e mulheres entre 15 e 59 anos, em comparação com os 30% resultantes da soma dos idosos acima de 60 anos e das crianças com até 14 anos de idade.

Este domínio populacional de mulheres e homens adultos em idade economicamente ativa explicitada na população urbana não se repete quando analisamos os dados obtidos da população rural, pois na mesma enquanto 52% da população foi composta por mulheres e homens adultos com idade entre 15 e 59 anos, 48% desta população eram crianças menores de 15 anos e idosos maiores de 60 anos de idade, mostrando que há diferença na distribuição etária entre estas populações estudadas.

Quando comparamos o número de pessoas portadoras de agravos pulmonares crônicos, temos 8% na população rural e 11% na urbana.

Em 2001 a Secretaria de Vigilância Epidemiológica realizou um estudo intitulado de "Análise dos Dados de Mortalidade 2001" no qual verificou que há diferenças relevantes na mortalidade de acordo com faixa etária, sexo e regiões do Brasil. A contagem das principais causas de mortalidade segundo esta publicação mostra que as doenças infecciosas são responsáveis por 5,5% dos óbitos, as doenças do Aparelho Respiratório (DPOC entre outros)

por 11% e as do Aparelho Circulatório (HAS, AVC etc) por 32,1% (BRASIL, 2001). Esta proporcionalidade epidemiológica de maior prevalência dos agravos citados também foi observada no presente estudo, uma vez que verificou-se que na população urbana pesquisada a HAS acometia 52% das pessoas e AVC 5%, enquanto na rural estudada esta prevalência de HAS foi de 64%. O número de doenças do aparelho respiratório (DPOC) na população urbana estudada foi de 11% e na rural 8%.

Na população urbana, a DM afetava 10% dos usuários, enquanto que na população rural esta proporção foi de 20%. Portanto, temos proporcionalmente o dobro de pacientes diabéticos na população rural quando a comparamos com a população urbana estudada.

Quando confrontamos estes dados fica evidente que o perfil de distribuição populacional por grupos etários pode ser um indicativo do quanto é necessário repensar uma nova proposta de assistência por parte da equipe de saúde.

A determinação da participação de cada grupo populacional pode servir de fomento para um planejamento sobre as ações a serem desenvolvidas, buscando assim melhor gerência daquilo que compete às equipes enquanto organização e condição de trabalho.

Continuando a revisão comparativa dos dados obtidos, merece destaque o número de usuários portadores de agravos psiquiátricos e ou com sofrimento mental crônico. Enquanto na população urbana este percentual foi de 14%, tal prevalência foi estatisticamente nula na população rural (menor que 1%). Tal discrepância de números nos remete a idéia de quão importante e decisivo o conhecimento sobre o processo da saúde e doença de uma população, incluindo o meio em que vivem.

Em relação ao AVC, condições clínicas contribuem para sua prevalência:

"Alguns desses fatores não podem ser modificados, como a idade, a raça, a constituição genética e o sexo. Outros fatores, entretanto, podem ser diagnosticados e tratados, tais como a hipertensão arterial (pressão alta), a diabetes mellitus, as doenças cardíacas, a enxaqueca, o uso de anticoncepcionais hormonais, a ingestão de bebidas alcoólicas, o fumo, o sedentarismo (falta de atividades físicas) e a obesidade. A adequação dos hábitos de vida diária é primordial para a prevenção do AVC" (BRASIL, 2006, p. 1).

A partir do conhecimento de tais condições de risco para o AVC, poderíamos supor que tal agravo acometesse mais a população rural estudada, visto que é constituída por mais idosos,

hipertensos e diabéticos. Ao contrário, na população urbana contamos 5% dos usuários como vítima de pelo menos um episódio de AVC, enquanto na rural tal morbidade é estatisticamente nula.

Mais que números ou dados estatísticos, tais informações lidas de forma isolada ou comparativa mostram que outros desdobramentos podem decorrer a partir da amostragem epidemiológica descrita em cada população estudada, principalmente sobre as patologias esperadas que podem incidir em grupos populacionais, confirmando o caráter coletivo, social, cultural e biológico do processo de adoecimento e morte do indivíduo enquanto unidade inserida no meio em que vive.

Uma das principais estratégias na construção do SUS é a descentralização o que confere uma melhor organização do serviço ao respeitar as características das diversidades e diferenças do país e confere maior autonomia aos profissionais de saúde e a população para o gerenciamento das demandas identificadas. O processo de descentralização culmina na regionalização e municipalização da saúde (FARIA et al, 2009). Desta forma, conhecer mais a fundo as características da população, localmente, é de suma importância para que seja realizado um planejamento de acordo com as necessidade reais da população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato o presente trabalho apresenta aplicabilidade ao se tornar instrumento de pauta para que seja discutida a questão da assistência na Atenção Primária à Saúde por intermédio da ESF nas duas grandes esferas populacionais do Brasil: rural e urbana. Sobre o primeiro grupo o fato se torna ainda mais relevante quando nos deparamos com uma espécie de lacuna assistencial dos serviços de saúde e a falta de especificidade da oferta de cuidados à esta fatia da população do País.

A população urbana comporta em suas moradias grande parte da população economicamente ativa (PEA) do Brasil e nem sempre o cenário local ou regional consegue absorver esta disponibilidade de força de trabalho, envolvendo-se nesta questão fatores diversos. O resultado desta equação é um perfil demográfico em modificação sobretudo nos subúrbios das cidades de pequeno e médio porte, e estas quase sempre não estão preparadas para o quadro social, sobrecarregando a entrada no sistema de saúde especificamente a Atenção Primária de Saúde.

Os dados mostram resumidamente que a distribuição etária das famílias é bastante distinta se compararmos as populações estudadas, sobretudo na proporção de idosos e crianças, e um pouco menos distoante na de homens e mulheres em idade adulta. As morbidades estão prevalentemente distribuídas não muito discordantes das estatísticas oficiais, porém quando comparadas entre as populações guardam entre si consideráveis distorções entre seus dados.

Subentende-se que epidemiologicamente temos duas populações com traços bastante expressivos quanto à necessidade de políticas de saúde adequadas à suas características e isso envolve mais do que simplesmente oferecer atendimento médico. Enquanto estratégia, o trabalho nas UBS deve disponibilizar na sua totalidade os anseios das populações adscritas.

O presente estudo constatou que nas comunidades estudadas, urbana e rural de um município de pequeno porte no interior de Minas Gerais, existe diferenciação nos tipos de enfermidades pelas quais as pessoas são acometidas o que parece nos revelar que planejamentos diferentes devem ser preconizados. Conforme já evidenciado, a proposta da saúde busca abarcar a necessidade de singularização do serviço ao recomendar a descentralização.

A realização deste estudo aponta para que dentro da municipalização do atendimento há que haver mais esforços e estudos para subsidiar o planejamento e organização dos serviços de saúde, o que nos parece um grande desafio é conseguir fazer um planejamento que contemple no mesmo município, ou na mesma estratégia de saúde feita para um município abranger as especificidades no modo e estilo de vida, na alimentação, transporte, trabalho, moradia, crença e outros aspectos que são responsáveis pelo processo de adoecimento e morte de populações como a urbana e rural..

Refletindo um pouco mais, sem a intenção de esgotar o assunto e nem chegar a uma conclusão definitiva, é necessário questionar o papel e preparo dos profissionais da saúde e da atuação da sociedade civil.

As universidades têm um papel relevante na formação dos profissionais de saúde, a elas cabe o papel de fomentar pesquisas sobre o tema da importância da singularidade das populações rurais e urbanas no planejamento da saúde. Nenhuma mudança ocorre repentinamente, mas para que se concretize, torna-se urgente que sejam expressas todas as posições, convicções e críticas.

O estudo possibilitou conhecer o tema e pode ser visto como uma semente para novos aprofundamentos. Há muito ainda o que se perguntar e pesquisar. Com efeito, este trabalho indica apenas uma face do tema. Outras virão para fortalecer esse debate.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.080 - **Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 19 de set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z. Instrumentos. Política de Saúde para a População do Campo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/instrumento_det.php?co_inst_pns=24. Acesso em 27 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva - trajetória e orientação de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em 28 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise dos dados de mortalidade de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mortalidade%202001.pdf>. Acesso em 15 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. BVS - Biblioteca Virtual em Saúde. AVC - Acidente Vascular Cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/105avc.html>. Acesso em 16 out. 2011.

CARDOSO, Francisco Carlos; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Unidade I**. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2008.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al . Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2011.

FARIA, Horácio Pereira. **Unidade Didática I**: organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009.

FARIA, Horácio; WERNECK, Marcos; SANTOS, Max André dos. **Processo de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte:Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FIBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 10 abril de 2011.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Entre o biológico e o social: um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia, 1990-2002. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, n.1, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X

MENDONCA, Claunara Schilling. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2011.

SIMÕES, A. et al, Humanização na Saúde:enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; Disponível em <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Artigosinternacionais/artigonacional.pdf>. Acesso em 22 set. 2011.