

SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RISCO SOCIAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MORADORES DO BAIRRO SANTO ANTÔNIO - LAJEADO-RS¹

Magali Teresinha Quevedo Grave², Fernanda Valli Nummer³, Glademir Schwingel⁴, Arlete Eli Kunz Da Costa⁵, Lydia Christmann Espindola Koetz⁶ e Gabriela Ritter⁷.

Resumo: A presente pesquisa descreve o perfil epidemiológico dos moradores do bairro Santo Antônio de Lajeado/RS, que, de acordo com o Censo de 2000, encontram-se em situação de vulnerabilidade social, com renda per capita de setenta reais mensais. Os dados da pesquisa foram coletados por meio das Fichas de Cadastramento das Famílias – Ficha “A”, tendo caráter quantitativo, exploratório, descritivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Univates, e autorizada pela equipe de saúde da ESF do bairro Santo Antônio e do secretário municipal de saúde. Os resultados obtidos demonstram a importância da atualização sistemática dos dados dos moradores por parte da equipe, bem como a adaptação da ficha A, segundo a especificidade da população atendida pela ESF. Os resultados da pesquisa foram apresentados à equipe de saúde, aos gestores municipais e representantes da câmara de vereadores do município, em seminário realizado na Univates.

Palavras-Chave: Saúde pública. Estratégia saúde da família. Ficha de cadastramento das famílias.

1 Os autores agradecem ao Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS, pelo financiamento da pesquisa e aos alunos do curso de graduação em Fisioterapia da Univates, Jordana Gerhard, Karin Kauffmann, Danusa Gehrwald, Fernanda Lopes, que colaboraram na coleta de dados.

2 Mestre em Desenvolvimento Regional – UNISC, coordenadora do curso de Fisioterapia e professora do Centro Universitário UNIVATES

3 Mestre em Antropologia Social – UFRGS, professora do Centro Universitário Univates

4 Mestre em Antropologia Social – UFRGS, professora do Centro Universitário Univates

5 Mestre em Desenvolvimento Regional - UNISC, coordenadora do curso de Enfermagem e professora do Centro Universitário UNIVATES

6 Especialista em Gestão em Saúde – UNIVATES, supervisora de estágio do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Univates

7 Graduada em Fisioterapia – UNIVATES

Abstract: The present research describes the profile epidemiologist of the habitants Santo Antonio from Lajeado/RS, who in accordance with the Census of 2000 meets in situation of social vulnerability, with survive income of seventy monthly Reals. The data of the research had been collected through the Cadastre Fiches of the Families – Fiche A, having quantitative, explorer, descriptive character. The research was approved by the Committee of Ethics in Research of the Univates, and had the authorization of the team of health of the Strategy Health of the Family - ESF of the quarter Santo Antonio and the municipal secretary of health. The results of research demonstrate that it is the importance of the update of the data on the part of the team, as well as the adequacy of the fiche in according with the population taken care of for the ESF. The results of the research had been presented the health work, to the municipal and representative managers of the chamber of councilmen of the city, in seminary carried through in the Univates.

Keywords: Public Health. Strategy Health of the Family. Cadastre fiche of the Families.

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Analisando sua trajetória, identificam-se quatro principais tendências na política de saúde do Brasil. A primeira foi denominada de Sanitarismo Campanhista, por ter nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até 1945. De 1945 a 1960 houve um período de transição para o seguinte, e, por volta dos anos 1980, consolida-se o modelo médico assistencial privatista. Segue-se o modelo plural, hoje vigente, que inclui como sistema público, o Sistema Único de Saúde - SUS (MENDES, 1996).

A Lei Orgânica 8.080/90 que regulamenta o SUS define que a saúde tem como fatores determinantes condições de saneamento, educação, moradia, lazer, entre outros. Nesse texto é preconizado que as estratégias em saúde sejam identificadas por meio de pesquisas epidemiológicas. Assim, atividades em saúde devem seguir os princípios do sistema de descentralização, de regionalização do serviço, da equidade e da integralidade (BRASIL, 1990).

Uma das propostas do Ministério da Saúde para promover a atenção

de forma integral e plena, dentro das teorias que sustentam o modelo de saúde brasileiro, foi o Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família – ESF. As ESFs têm como princípios possibilitar o acesso universal aos usuários, por meio da atenção integral ao indivíduo de diferentes formas e responsabilizar a equipe de saúde na atenção à população (BRASIL, 2006).

A Portaria 648/06, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, define que, para a operacionalização das ESFs, as estratégias de atenção devem ser focadas na “eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 3). O registro das informações referentes a essas ações é contemplado na Ficha de Cadastramento das Famílias - Ficha A, instrumento de descrição da comunidade utilizada pelas ESFs. A Portaria ainda prevê que outras ações podem e devem ser integradas às estratégias de atenção da equipe e reformuladas na Ficha A, desde que essas estejam fundamentadas e pactuadas com a Comissão Intergestores Bipartite – CIB⁸ (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a Ficha A deve ser um instrumento útil para a descrição das condições de saúde da comunidade, servindo para subsidiar as ações. Para isso, a qualidade e fidedignidade dos dados que identificam a realidade da população é um quesito importante. A Ficha A é utilizada no primeiro contato entre o Agente Comunitário de Saúde - ACS e o usuário do sistema, para o registro de informações sobre a família. Esse instrumento estrutura-se a partir da identificação de cada membro da família por sexo, idade, escolaridade e condição de saúde, considerações sobre moradia e saneamento, informações sobre os meios de transporte e de comunicação que a família utiliza. Essas informações devem ser atualizadas, caso haja alguma alteração na estrutura familiar e deve ser comunicada a equipe durante as reuniões realizadas na ESF (BRASIL, 2003).

8 A Comissão Intergestores Bipartite – CIB é o fórum de negociação entre o estado e os municípios para a operacionalização do SUS. É composta por representantes da Secretaria de Saúde do Estado e representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

2 MÉTODOS

De acordo com [Andrade e Soares \(2001\)](#), existem duas formas básicas no processo de obtenção de informações em saúde: a obtenção em fontes secundárias, nas instituições de saúde e por meio de levantamentos epidemiológicos. Esse é um estudo, exploratório descritivo, quantitativo e transversal, que utilizou como instrumento de coleta de dados as Fichas A da ESF do bairro Santo Antônio, no município de Lajeado/RS.

O bairro Santo Antônio apresenta maior número de pessoas em vulnerabilidade social no município de Lajeado. Segundo dados do IBGE (Censo 2000), nesse bairro, 16% da população não têm renda fixa, enquanto no município essa população representa cerca de 5% ([BRASIL, 2000](#)).

Foram organizados os dados presentes nas Fichas A referentes aos 3.248 moradores cadastrados na referida ESF, os quais foram tabulados e analisados por meio de estatísticas descritivas, no programa Excel, do pacote Microsoft Office 2003.

A proposta de pesquisa foi apresentada à equipe de saúde da ESF do bairro Santo Antônio e ao gestor municipal de saúde, que consentiram com a realização do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univates e segue as indicações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde ([BRASIL, 1996](#)) em relação à utilização dos dados para fins científicos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população do bairro em termos de faixa etária está distribuída

conforme a tabela:

TABELA 1 – Percentual de população por faixas etárias

Idade	Número de pessoas	Percentagem
0 a 1	125	3,85
2 a 6	393	12,10
7 a 9	249	7,66
10 a 19	702	21,62
20 a 29	608	18,71
30 a 39	455	14,00
40 a 49	317	9,75
50 a 59	217	6,70
60 a 69	115	3,54
70 a 79	40	1,25
Superior a 80	17	0,52
Sem resposta	10	0,30
Total	3.248	100%

Em relação à escolaridade, na faixa etária compreendida entre 0 e 18 anos, 780 pessoas frequentam a escola de um total de 1.406, o que representa 55,47% da população em escola. Excluídas as crianças de 0 a 6 anos, que podem ou não frequentar a escola de educação infantil, do total de 888 pessoas em idade escolar para essa população, de 7 a 18 anos, 14,64% estão fora da escola; 22 crianças com idade entre 9 a 15 anos trabalham e não estudam.

Entre os dados disponíveis, o número de analfabetos é de 218 pessoas, já excluídas as crianças de 0 a 5 anos, sendo o número de analfabetos representados por 7,73% da população.

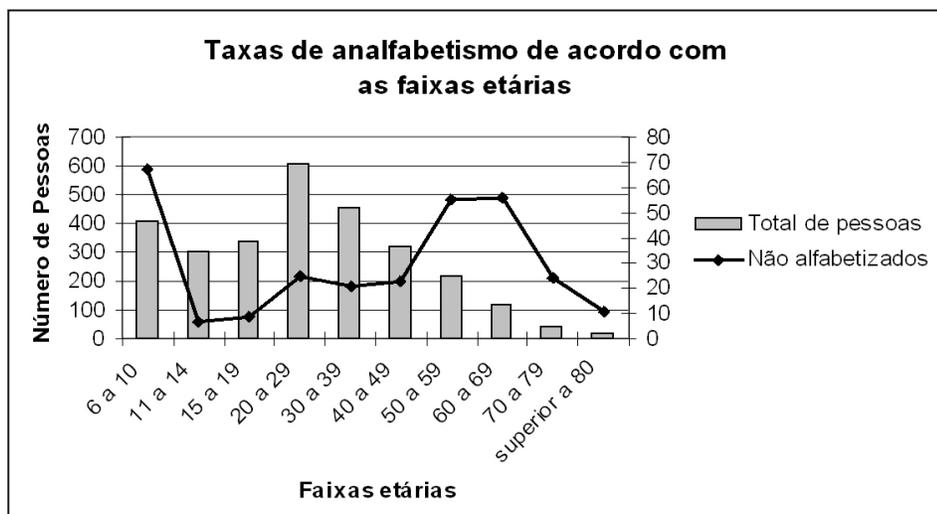


GRÁFICO 1 – Taxas de analfabetismo de acordo com faixas etárias

Conforme o gráfico, pode-se perceber que, à medida que aumenta a idade da população, aumenta a percentagem de analfabetos. Por exemplo, entre 15 e 19 anos a população de analfabetos representa 2,68%; entre 20 a 29 anos a taxa é de 2,7%; entre 30 e 39 anos são de 4,00%; de 40 a 49 são 6,7%; entre 50 e 59 anos esta taxa aumenta para 24,4%; de 60 a 69 é a faixa que concentra 48,7%; de 70 a 79 anos, mais da metade, 57,5% dos moradores são analfabetos.

Do total da população economicamente ativa, entre 16 e 65 anos, 61,20% (1.955 pessoas) exercem atividade remunerada, como faxineira, pedreiro e biscateiro. Desses 41,3% têm emprego formal. Exclui-se dessa população 352 mulheres que são donas de casa e 75 pensionistas e aposentados.

Em relação aos diferentes materiais utilizados na construção das casas dos moradores do bairro - tijolo, madeira e material aproveitado – a residência de 62,1% (2.017) do total dos moradores é feita de tijolos. A madeira é o segundo material mais utilizado, constituindo 34,48% da população residindo neste tipo de moradia. Destaca-se que 57 pessoas vivem em moradias de taipa, materiais aproveitados e outros tipos de

material. Para 54 pessoas o tipo de moradia não está especificado na “Ficha A”.

De modo geral, o número de cômodos existentes nas casas varia de 1 a 10. Acredita-se que nesta variável estão computados corredores e pátios. Em residências de 1 a 3 cômodos moram 815 pessoas (16,71%) e mais da metade da população 2121 pessoas (65,28%) mora em casas de 4 a 6 cômodos.

A grande maioria das casas possui energia elétrica, perfazendo um total de 97,60% (3.170 moradores). Apenas 19 pessoas relataram não terem energia elétrica em suas casas. Importante salientar que as informações preenchidas nas fichas A são fornecidas pelos moradores, não diferenciando se essa energia é legalizada ou clandestina (“gato”).

No bairro há coleta de lixo, porém 1,32 % da população relata a prática de enterro, queima ou depósito a céu aberto como descarte do lixo, e, para 2,25% da população, não há registro na “Ficha A” para esse item.

Os dados para tratamento de água apontam que 16,8% da população fazem tratamento de cloração da água tratada pela rede pública, além de 0,25% utilizar a filtração e fervura como tratamento. De acordo com os dados coletados nas fichas A, 96,3% dos moradores do bairro Santo Antônio recebem abastecimento da rede pública. Dos 44 moradores que utilizam água de poço artesiano ou nascente, nenhum faz tratamento no domicílio.

O bairro não é atingido por rede de esgoto, assim como o município. Logo, 95,93% dos moradores possuem fossa. A “Ficha A” não traz distinção entre fossa séptica e fossa ao céu aberto, esta conhecida popularmente como “capunga”.

Os meios de comunicação mais utilizados no bairro, por cerca de 77,50% dos moradores, são o rádio e a televisão. Doze vírgula cinquenta e seis por cento dos moradores utilizam, rádio e televisão e telefones móveis.

O principal meio de transporte utilizado por 67% da população do bairro é o ônibus. 25,30% dos moradores utilizam o automóvel e o

ônibus e 2,40% ônibus e outros meios de transportes. Entre esses meios alternativos de condução há registros de motocicleta e bicicleta.

Sobre a participação em grupos comunitários, 73,6% dos moradores do bairro participam de algum tipo de grupo religioso e 20,35% não participam de nenhum tipo de grupo. É importante destacar que 2,85% dos moradores participam de cooperativas de geração de renda: Associação de Catadores de Lixo Simon Bolívar, Associação Sepé Tiarajú, Associação de Moradores. Chama-se a atenção para o fato de que 2,90% das fichas dos moradores não apresentavam resposta nessa questão.

Das doenças apontadas pela Ficha A, a Hipertensão Arterial é a intercorrência de maior prevalência no bairro, acometendo um total de 166 pessoas, o que equivale a 5,11% da população total de moradores do bairro.

A primeira falha encontrada na pesquisa em relação aos dados apresentados nas Fichas A é o grande número de moradores para os quais não há registro sobre doenças, totalizando 2.908 pessoas, correspondendo a 89,53% da população total. Acredita-se que isso ocorra devido ao fato de que a Ficha A é preenchida com informações fornecidas pelos moradores, que podem desconhecer ou desqualificar as suas doenças e as de seus familiares.

Entre a população acometida por doenças ou intercorrências, destaca-se o registro daquelas previstas na Ficha: 14 alcoolistas, um portador de doença de Chagas, 21 portadores de deficiência, 10 diabéticos, 16 com distúrbio mental, um com epilepsia, 30 gestantes, 166 hipertensos e dois com tuberculose. Para a população com doenças associadas, há o registro de quatro pessoas com alcoolismo e hipertensão, 22 com hipertensão e diabetes, uma gestante hipertensa, três pessoas portadoras de deficiência e hipertensão e uma pessoa com epilepsia e diabetes. Entre aquelas não previstas pela codificação da Ficha A, encontraram-se registros de um caso de câncer, quatro casos de portadores HIV, oito usuários de drogas, um de toxoplasmose e 12 pessoas dependentes de medicamentos controlados. Destaca-se que a hipertensão e a diabetes atingem a população feminina em 68,11% dos casos.

Com relação a plano de saúde no sistema suplementar, 1,27% dos moradores do bairro possuem. Geralmente, esses planos são oferecidos

pelas empresas na qual o morador trabalha. O percentual de pessoas em que não havia resposta nesta questão era de 1,73%. A maioria dos moradores do bairro, 70,90%, relatou recorrer à emergência hospitalar ou à unidade de saúde em caso de emergência, 15,64% da população apenas à unidade de saúde e 6,95% do total de moradores procuram unidade de saúde, hospital e/ou benzedeira.

Há algumas dúvidas em relação aos dados descritos pela Ficha A com os dados encontrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Os dados de 2000 do Censo evidenciam que a população vive em situação de vulnerabilidade social em relação às intercorrências e os dados da Ficha A afirmam que quase 90% da população não possuem nenhum tipo de doença.

A análise do cadastro das famílias na unidade mostrou o preenchimento inadequado das Fichas A, pela falta de informações, bem como por rasuras e desatualização dos dados. O modelo das fichas é centralizado em intercorrências que aparecem em nível nacional ou então em modelos de condição de moradia que não são contemplados pela região em que a comunidade está localizada. Ressalta-se que, como o Brasil é um país de necessidades diferentes, é importante que esse instrumento seja adequado às especificidades comunitárias, conforme preconizado na Portaria 648/06 (BRASIL, 2006).

A análise realizada mostra que, se as fichas fossem adequadas à realidade local e preenchidas, poderiam tornar-se instrumentos importantes para que a própria ESF fizesse a avaliação das condições de saúde da comunidade e definisse as estratégias de intervenção. As instituições de ensino superior poderiam recorrer a essas avaliações para aprofundar as investigações epidemiológicas, fornecendo apoio às equipes e operacionalizando o trabalho em rede.

4 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa apontaram que a Ficha de Cadastramento das Famílias – Ficha A não é adequada à realidade local, pois as informações são incompletas e o seu preenchimento ocorre de forma parcial ou não ocorre. Os dados são desatualizados, o que não oportuniza uma descrição

da realidade regional sobre as carências em saúde nas populações de baixa renda no município, bem como oferece um diagnóstico impreciso e/ou descontextualizado das doenças prevalentes.

Fundamental é que a construção desse instrumento seja feita em equipe, respeitando a proposta de um trabalho interdisciplinar, exercitando diferentes olhares acerca da comunidade. As fichas atualizadas permitem a definição de diferentes estratégias diante das reais condições de vida das comunidades, bem como permitem acompanhar mudanças que podem ocorrer e subsidiam a troca de saberes.

Os resultados da pesquisa foram apresentados à equipe da ESF do Bairro em seminário realizado, no dia 08 de março de 2007, na Univates. Na ocasião foi proporcionado um espaço de diálogo para que esses resultados fossem discutidos entre os pesquisadores e os presentes, na intenção de que novas alternativas fossem pensadas e para que a Ficha sirva como instrumento efetivo de conhecimento das condições de saúde da comunidade.

Segundo os debates realizados nesse encontro, os dados não eram atualizados, pois há no município o cadastro de usuários portadores de diferentes patologias, como, por exemplo, de hipertensão e Diabetes Mellitus - o HIPERDIA, considerando-se, pela equipe de saúde, desnecessária essa dupla informação. Os pesquisadores defenderam que, apesar de haver o cadastro do HIPERDIA, em nível municipal, a descentralização das informações proporciona a reflexão da situação local por parte da equipe.

Atualmente, na ESF estudada, os dados da Ficha A voltaram a ser atualizados. Entretanto, a ferramenta não sofreu nenhuma adequação à realidade por parte da equipe.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A. Apresentando informações em saúde. In: ANDRADE, S.; SOARES, D.; CORDONE JUNIOR, L., (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Rio de Janeiro. Editora UEL, 2001. ①

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Resolução 196/96. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 29 set. 2009. ❶

BRASIL. Instituto Nacional de Geografia e Estatística. **Censo de IBGE de 2000**. Brasília: IBGE, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: maio 2008. ❶

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2007. ❶

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf. Acesso em 19 maio 2008. ❶

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>. Acesso em: 19 maio 2008 ❶ ❷ ❸ ❹

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. ❶

