UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

LARA MARINA ALMEIDA E FONSECA

Perfis de morbidade nos diferentes territórios de adscrição da
Estratégia Saúde da Família

Ribeirão Preto - SP
2012

LARA MARINA ALMEIDA E FONSECA

Perfis de morbidade nos diferentes territórios de adscrição da
Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação, Mestrado em Saúde na Comunidade
da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Gullaci
Guimarães Caccia-Bava

Ribeirão Preto - SP
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que seja citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fonseca, Lara Marina Almeida

Perfis de morbidade nos diferentes territórios de adscrição da Estratégia Saúde da Família.

92 p.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Caccia-Bava, Maria do Carmo Gullaci Guimarães

1. Perfis de morbidade. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Morbidade Ambulatorial

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lara Marina Almeida e Fonseca

Perfis de morbidade nos diferentes territórios de adscrição da Estratégia Saúde da Família.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Deus, fonte de sabedoria e graça. Através da Tua palavra pude trilhar esse caminho e concluí-lo dando Glórias a Ti.

Aos meus pais, Fausto e Meigue. A distância fez aumentar a admiração e o amor pelas pessoas mais importantes da minha vida. Seus ensinamentos e apoio me serviram como nunca.

À minha irmã Máira. Muitas vezes, nesse período de ausência, orei pela sua vida sem que você soubesse, muitas vezes te amei sem que eu pudesse te falar, e a conversão do meu coração me faz entender que você é um super presente de Deus pra minha vida.

Às minhas avós. Muito me ausentei e vocês foram minha maior saudade... amo demais.

Ao Arthur, que esteve comigo nas horas mais felizes e mais angustiantes desse período, cada dia renovando as minhas forças com seu carinho e compreensão. Além de tudo, me deu outra família preciosa de presente: Hércio, Nilza, Bruna e os demais. Vocês foram fundamentais nesse processo!

À Professora Maria do Carmo, pela disposição e acolhimento ao me orientar neste trabalho. Você abriu a porta principal para este grande sonho.

Ao Prof. Amaury, sem palavras para agradecer a sua dedicação a mim. Mesmo com inúmeras tarefas, sua agenda se abriu para me atender.

Ao Prof. Ruffino, o qual se fez pai, amigo e professor. Talvez eu não conheça alguém com a tamanha humildade e boa vontade. Seus méritos o fazem um ser incrível, grande prazer em conviver contigo.

Ao Prof. Edson, pela disposição em me ajudar com seus ensinamentos estatísticos.

À Professora Zezé Bistafa pela alegria de um coração solidário, me fez ver o SUS com outros olhos.

Ao Prof. Juan, sempre solícito, um exemplo de sabedoria a ser seguido.

À Rosane, que por diversas vezes aguentou as minhas ansiedades e desesperos com os “mistérios” das ferramentas de um computador. Você é especial!

Não podia deixar de agradecer às minhas amigas queridas: Fabrícia, Simara, Andressa e Marília. Com vocês tudo tornou-se melhor. Aos demais colegas, tios, primos, amigas de Patrocínio e ao meu “primo” Rafael, muito obrigada!

Aos meus líderes e irmãos em Cristo, os quais intercederam por mim dia a dia.

Deus, mais uma vez, colocou as melhores pessoas na minha caminhada!

Resumo

RESUMO

A Atenção Básica (AB), através da Estratégia Saúde da Família (ESF), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento. A AB fundamenta-se em quatro atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade, que operados, possibilitam o acesso, a produção do cuidado e a identificação do perfil da população do território de adscrição. Considerando que dentro do território municipal encontram-se grupos heterogêneos, com perfis e necessidades particulares, traçar as características sociais e as singularidades do adoecer dos territórios de adscrição das ESF pode permitir adequar os serviços da equipe a essas necessidades. O objetivo do presente trabalho epidemiológico, é caracterizar, através do perfil de morbidade e sócio demográfico, os grupos cadastrados nas diferentes equipes e territórios de implantação da Estratégia Saúde da Família, tendo como campo de estudo o município de Patrocínio/MG. Nele existem 16 equipes da ESF, das quais três localizam-se na área central, uma na área rural e 12 na região periférica da cidade (três estratos). A fonte de dados foi os prontuários de pacientes usuários destas unidades assistenciais. Após calculado o tamanho amostral em 596 prontuários, o processo de amostragem ocorreu em múltiplas etapas. Foi feita uma amostragem estratificada das ESF com partilha proporcional entre os estratos, e dentro de cada ESF feita uma amostragem sistemática dos prontuários familiares. Um sorteio casual simples permitiu que fosse selecionado um indivíduo daquela família. Nos prontuários foram coletados os seguintes dados: idade, sexo, ocupação, escolaridade e diagnósticos referentes a última consulta médica realizada no ano de 2010. As variáveis foram transferidas para um banco de dados e descritas posteriormente. Os 564 prontuários analisados, trouxeram os seguintes resultados: na região periférica predominaram mulheres, na faixa etária de 40 – 60, maioria alfabetizadas (82%), com ocupações consideradas fora da População Economicamente Ativa (PEA) e uma maior frequência das doenças do aparelho circulatório (18%). Na região central predominaram as mulheres, na faixa etária dos 20 – 40, pessoas alfabetizadas (92%), aposentados e doenças do aparelho circulatório. Na região rural houve maior prevalência de mulheres, idosos, alfabetizados (94%), fora da PEA e as doenças do aparelho circulatório também prevaleceram. Apesar das regiões apresentarem características parecidas, os achados posteriores de idades, ocupações e morbidades foram diferentes, o que confirma a idéia de diferenças regionais dentro de um mesmo município. Os resultados podem servir de instrumento para um melhor planejamento direcionado das ações em saúde.

Palavras-chave: Perfis de morbidade, Estratégia de Saúde da Família; Morbidade ambulatorial.

Abstract

ABSTRACT

Primary Care (PC), through the Family Health Strategy (FHS), is characterized by a set of health actions, both individually and collectively, covering the promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis and the disease treatment. The PC is based on four essential attributes: attention to the first contact, care coordination, comprehensiveness and longitudinality. If worked properly, these attributes provide access to care production and helps to identify the population profile of the territory of ascription. Considering that within the municipal area there are heterogeneous groups, with different profiles and particular needs, outline the characteristics and peculiarities of the illness of the ascription territories allows the FHS team to adapt the services to its population profile of the health area. The aim of this epidemiological study, with a transversal nature, is to characterized, by the morbidity and social profiles, the groups registered in different teams and territories of the Family Health Strategy launching, having as a field study the city of Patrocínio / MG. In such study there are 16 teams of FHS, of which two are located in the central area, two in rural areas and 12 in the peripheral region of the city (three strata). The data source was the medical records of patients using these assistance units. After calculating the sample size of 596 records, the sampling process occurred in multiple steps. We conducted a stratified sampling with proportional share of the FHS between the strata, and within each FHS it was made a systematic sampling of family records. A simple casual draw permitted that it was selected one individual of each family. In the records it was collected the following data: age, sex, occupation, education, and diagnostics for the final medical evaluation conducted in 2010. Variables were transferred to a database and were described later. The 564 records analyzed, brought the following results: in the peripheral region there were the predominance of women, aged 40 – 60, most literate (82%), with occupations considered outside Economically active population (brasilian classification), and a higher frequency of cardiovascular diseases (18%). In the central region there were the predominance of women, aged 20 – 40, literate (92%), with a higher frequency of retirees and the circulatory diseases showed a higher frequency. In the country region, remembering that it has a small sample, there is a higher prevalence of women, the elderly (aged 60 – 90), literate (94%), outside of the PEA and circulatory diseases also prevailed. Although at first glance, the regions present similar characteristics, the later findings of ages, occupations and morbidity were different, which confirms the idea of regional differences within the same municipality. The results can serve as a tool for a better planning of directed health actions.

Keywords: Profiles of morbidity, Family Health Strategy, Health Services Utilization

*Lista de Figuras,
Quadros e Tabelas*

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1	Modelo hierárquico das redes de atenção à Saúde proposto por Mendes	27
Figura 2	Cobertura populacional da ESF nos estados brasileiros	30
Figura 3	Cobertura da ESF no Estado de Minas Gerais	31
Figura 4	Localização de Patrocínio no Estado de Minas Gerais	41
Quadro 1	Número de pessoas e tamanho amostral (n) para cada estrato	44
Quadro 2	Capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças	46
Tabela 1	Tamanho da amostra para cada um dos estratos	44
Tabela 2	Distribuição de frequência dos prontuários segundo a região de localização das ESF Patrocínio – MG, 2011	55
Tabela 3	Distribuição dos prontuários segundo o sexo e as regiões, Patrocínio - MG, 2011	55
Tabela 4	Distribuição dos prontuários segundo a faixa etária e as regiões, Patrocínio – MG, 2011	56
Tabela 5	Distribuição de prontuários segundo a alfabetização e a região, Patrocínio – MG, 2011.....	57
Tabela 6	Distribuição de prontuários segundo a ocupação e região, Patrocínio – MG, 2011.....	57
Tabela 7	Distribuição dos prontuários segundo os capítulos da CID e região, Patrocínio – MG, 2011..	59
Tabela 8	Distribuição de prontuários segundo capítulos da CID e faixa etária dos usuários da ESF de Patrocínio – MG, 2011	61
Tabela 9	Distribuição dos prontuários segundo capítulos da CID e sexo dos usuários da ESF de Patrocínio – MG, 2011.....	63
Tabela 10	Distribuição dos prontuários segundo capítulos da CID e alfabetização dos usuários das ESF, Patrocínio – MG, 2011	65
Tabela 11	Distribuição de prontuários segundo Capítulos da CID e ocupação dos usuários da ESF de Patrocínio – MG	67

*Lista de Abreviaturas e
Siglas*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CESUMAR	Centro Universitário de Maringá
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFTM	Instituto Federal do Triângulo Mineiro
IESP	Instituto de Ensino Superior de Patrocínio
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PEA	População Economicamente Ativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICERP	Centro Universitário do Cerrado - Patrocínio
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO	19
2- INTRODUÇÃO	23
2.1 Atenção Primária	23
2.2 Atributos da Atenção Primária	23
2.3 O SUS e o Programa Saúde da Família	28
2.4 Os territórios e a utilização dos serviços de saúde.....	31
3- OBJETIVOS	37
4- MATERIAL E MÉTODOS.....	41
4.1 Modelo de Estudo	41
4.2 - Local e campo de estudo.....	41
4.3- Procedimentos para coleta de dados	43
4.3.1 - Processo de definição de amostragem	43
4.3.2- Critérios de seleção.....	46
5- ASPECTOS ÉTICOS.....	51
6- RESULTADOS	55
7- DISCUSSÃO	71
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	87

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

Muitos foram os motivos pelos quais me interessei pela Atenção Primária. Mas a motivação para a escolha do tema desse estudo surgiu da minha prática profissional como Fisioterapeuta em unidades municipais de saúde. Nesse cotidiano fui identificando pacientes com diferentes queixas e necessidades que pareciam apresentar algumas mudanças dependendo da região da cidade em que o serviço de saúde se localizava. Nem sempre a disponibilidade dos recursos estava compatível com as necessidades apresentadas. Senti o desejo de desenvolver um projeto de pesquisa que me ajudasse a compreender melhor essa realidade e aliar a experiência profissional de alguns anos na Secretaria Municipal de Saúde desse município à possibilidade de um melhor planejamento das ações de saúde.

Com este trabalho me propus a conhecer um pouco melhor o perfil da cidade de Patrocínio – MG, em relação às principais doenças que aparecem na rede pública de saúde, esta organizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família, bem como algumas características sócio demográficas dos cidadãos usuários desse sistema.

Acredito que essa pesquisa pode ser uma contribuição positiva, tanto para as equipes, quanto para gestores e usuários, a fim de conhecer a população adscrita, gerar novos instrumentos para a melhoria da gestão e, conseqüentemente, melhoria na prestação dos serviços a quem é de direito.

Introdução

2. INTRODUÇÃO

2.1 Atenção Primária

A Conferência Mundial sobre Cuidados Básicos com a Saúde realizada em 1978, na cidade de Alma Ata, no atual Kazaquistão, representa um dos mais importantes marcos do processo histórico de valorização da atenção básica. Nela ampliou-se o conceito de saúde que passa a incorporar aspectos de âmbito social em sua determinação. Como um direito humano fundamental e não somente a ausência de doenças (ALMEIDA, 2003), a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, a definiu Atenção Primária (APS), pela Declaração de Alma-Ata, como :

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

2.2 Atributos da Atenção Primária

Starfield (2002) define os atributos fundamentais da Atenção Primária a Saúde (APS):

- atenção ao primeiro contato, que implica o fácil acesso ao serviço quando surgir um novo problema de saúde;

- longitudinalidade, pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção que seja capaz de lidar com as mudanças individuais e coletivas durante anos, constituindo-se vínculos entre equipe e usuários;
- integralidade significa a responsabilidade da APS em reconhecer as diversas necessidades de saúde do paciente e disponibilizar todos os tipos de serviços de atenção, mesmo que fora da sua unidade de saúde, através de encaminhamentos, acompanhamento domiciliar e outros.
- coordenação (integração) da atenção pressupõe a participação mútua da equipe ao reconhecer os problemas anteriores de seus usuários, através de prontuários, para que o processo de continuidade seja efetivo .

Essas qualidades da Atenção Primária são relevantes no presente trabalho, visto que permitem a identificação do perfil da população moradora do território adscrito, contribuindo para qualificar o cuidado a ser prestado pelas equipes de saúde.

Essa mesma autora chama a atenção para as particularidades da APS, já que esta diferencia-se pela diversidade de diagnósticos, a população atendida, o surgimento constante de novos desafios numa mesma população, e a capacidade de identificar as peculiaridades de sua clientela por meio dos seus atributos (STARFIELD, 2002).

Sob os eixos resultantes da Conferência de Alma Ata e pelo movimento sanitário em processo desde a década de 70, foi realizada no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Esta, que contou com uma grande mobilização social, fortaleceu a política de Reforma Sanitária já existente em prol da meta “saúde para todos no ano 2000”. Desta Conferência surgem fortes referências conceituais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma de suas principais diretrizes políticas, a reorganização da Atenção Primária (ALMEIDA, 2003).

Alinhada a essa concepção, o Ministério da Saúde Brasileiro (BRASIL, 2006), define a Atenção Primária à Saúde como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica (AB)** considera a dimensão individual com toda a complexidade do sujeito e dá ênfase à sua inserção sócio-cultural na busca de um olhar integral, que envolve a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de agravos da saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, dentro do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) marca o reconhecimento da AB como base principal para todos os outros níveis do sistema de saúde, através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização efetiva da Atenção Básica, seus princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2006)

A APS passa, desde 2003, por um processo de renovação, proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS, motivado pelas novas necessidades em saúde que foram surgindo no decorrer dos anos, como as doenças crônicas e cronificadas, a morbimortalidade ocasionada por causas externas (ex: climáticas, violências de todas as ordens), os transtornos mentais, a diversidade de determinantes sociais, políticos e as iniquidades sociais que representam um grande desafio ao setor da saúde.

** Nomenclatura utilizada pelo Sistema Único de Saúde para designar ao que a literatura internacional chama de Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda que este estudo não tenha a intenção de discutir a alternância dos conceitos de AB e APS, admite-se que no Brasil o conceito de AB ainda permanece atribuído à ideia de nível primário de um sistema de saúde fragmentado e não como organizadora para a integração deste sistema (MENDES, 2002).

A reorientação da APS deveria, assim, ser feita com base na revisão dos seus propósitos iniciais, mas, muito além disso, voltar-se ao usuário e considerar suas referências culturais, seus valores, o que esperam como cuidados de saúde, o que esperam da saúde para si, suas relações intra e inter famílias e a comunidade como um todo.

A idéia de construção da saúde a partir de imposições políticas ou somente em bases técnico-científicas deveria ser renegociada com o intuito de priorizar as dinâmicas populacionais que vinham ocorrendo e conferir a elas o maior peso quando de trata de reformar os sistemas de saúde. Essa mudança requereu uma ação coordenada entre diferentes países para sustentar de forma efetiva o enfrentamento dos problemas de saúde, e prepararem-se para os novos desafios, a fim de atingir o princípio da equidade (MS, 2008).

Nesse processo de renovação da Atenção Primária a Saúde foram propostas algumas reformas: da cobertura universal, para oferecer maior cobertura e mais equidade em saúde; reforma da prestação dos serviços, com o intuito de direcionar o sistema de saúde para responder às necessidades das pessoas; reforma nas políticas públicas que procuram promover e proteger a saúde das comunidades, e a reforma de liderança, a qual defende autoridades de saúde mais confiáveis. Essas propostas foram favorecidas pelo momento econômico mundial que se presenciava, com melhor tecnologia de informação e o fortalecimento das relações entre países em ajuda mútua, que podem acelerar as mudanças que a APS precisa; e maximizar os bons resultados esperados. O fortalecimento de uma consciência coletiva na área da saúde em busca do mesmo fim, contribui ainda mais para a expectativa de sucesso da renovação da APS (MS, 2008).

Ocorre que no Brasil, a modificação da situação de saúde, chamada transição epidemiológica, também é evidente ao longo dos últimos anos. É marcada hoje por uma situação chamada de tripla carga de doenças, face à não superação do quadro das doenças infecciosas e carenciais, ao peso considerável das doenças por fatores externos e a hegemonia das doenças crônicas ou cronificadas (MENDES, 2011).

A modificação no perfil de saúde/doença da população resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento dos gastos (SCHRAMM et. al., 2004). Esses aspectos geram novos desafios e para o enfrentamento de tais condições, a renovação da APS e do sistema de saúde como um todo, pode superar suas fragilidades, a fim de operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. (MENDES, 2011).

Mendes (2011) diz que, para o acompanhamento dessa transição epidemiológica, as mudanças devem começar pelas concepções em relação à APS brasileira, muitas vezes desvalorizada. O autor afirma ser enganoso o conceito vigente de que a APS é menos

complexa que os cuidados chamados de média e alta complexidade, tendo em vista que 85% dos problemas de saúde são atendidos pela atenção primária e exigem uma alta complexidade tecnológica, ou seja, um maior conhecimento técnico e prático para solucioná-los: estratégias relativas a mudanças de comportamento da população e estilos de vida em relação à saúde. Os outros níveis de saúde, secundário e terciário, constituem-se de maior densidade tecnológica, incorporando equipamentos e máquinas, mas isso não significa que sejam níveis mais complexos de assistência. O mesmo autor propõe a substituição do modelo hierárquico das redes de atenção à saúde pelo modelo poliárquico:

Figura1: Modelo hierárquico das redes de atenção à Saúde proposto por Mendes (2011)

Nessa concepção, não deveria haver uma hierarquia entre as redes de atenção à saúde, mas uma horizontalidade dos pontos de atenção à saúde (representados pelos círculos na figura 1), sem ordem e sem grau de importância entre eles, sob a coordenação da APS. Nesta proposta de cooperação entre as redes, fica mais próxima a possibilidade de atingir os objetivos de vencer os novos desafios em saúde, melhorar a qualidade da atenção, a eficiência na utilização dos recursos e a aumentar a equidade em saúde.

Devido ao fato de que o presente estudo se desenvolve em unidades de saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família essa concepção torna-se de grande relevância, uma vez que um

trabalho mais articulado com os demais serviços pode qualificar e otimizar a assistência prestada nos vários pontos da rede.

2.3 O Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

A saúde pública no Brasil embasa-se no Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei 8080 de 1990, na qual “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, com seus princípios de integralidade, descentralização, equidade, universalidade, hierarquização, regionalização, resolutividade, participação social, garantidos também pela Lei 8142 do mesmo ano.

No contexto de viabilizar técnica e politicamente a implantação efetiva do SUS e o fortalecimento da AB, vem sendo implementados diferentes modelos assistenciais em todo o país, tendo especial relevância o Programa de Saúde da Família (PSF) a partir de 1994. O PSF chega para reorientar a atenção básica na busca de fortalecer a idéia de promoção de saúde, educação em saúde e reorganização dos serviços através da definição de territórios de atuação sempre na busca universalidade, integralidade e equidade do atendimento. A equipe de saúde da família, composta por até seis agentes comunitários de saúde, um médico, um enfermeiro e de um a dois técnicos de enfermagem, tem o papel de buscar conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e quais as situações de risco à saúde, além de planejar atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestando assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2002). A proposta do programa era de atender uma grande parte das pessoas, possibilitar a facilidade do acesso e focar o indivíduo inserido no seu contexto social (DUNCAN et. al., 2004).

Em 2006 o programa passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) já que o Ministério da Saúde entende que o termo “programa” exige início, desenvolvimento e finalização e a Estratégia de Saúde da Família não prevê tempo para finalizar o seu papel de organizar a Atenção Primária, mas sim um processo contínuo de aprimoramento (BRASIL, 2006).

Neste sentido, Morin (2002), traz importantes contribuições sobre as diferenças entre os conceitos de programa e estratégia. Entende como programa um conjunto de instruções previamente estabelecidas, com sequências definidas, a fim de atingir um objetivo. Não lida com os imprevistos ou desvios. Já a estratégia lida com possibilidades de mudanças, reconstruções no percurso e com a flexibilidade frente aos riscos apresentados pela situação. Isso vem ao encontro da justificativa do Ministério da Saúde para a mudança de nomenclatura do PSF, visto que a ESF

lida com problemas diversificados, em situações diferentes e realidades mutáveis, e, portanto há necessidade dessa flexibilidade para novas reflexões, decisões acerca dos riscos e imprevistos.

No Brasil, a expansão do PSF (hoje, ESF) demonstrou o movimento adesão dos gestores municipais e estaduais, por meio de criação de incentivos estaduais, o que não se via em 1994, ano de sua implantação. Naquela época, somente doze estados da federação aderiram à estratégia (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina). Ao final de 1994, o PSF estava presente em 55 cidades brasileiras com 328 equipes atuando. Como resultado da mudança do financiamento com a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), em 1997, houve o marco da expansão do programa. Posteriormente, foi reforçada pela renovação dos gestores locais de saúde em 2001 e o início das negociações em torno do Pacto da Atenção Básica. Ao final daquele ano, o PSF encontrava-se implantado em 1.134 municípios (SOUZA e HAMANN, 2009)

No ano que antecede a implantação do PAB, a cobertura era de 5.599,350 milhões de pessoas, o que representava 3,5% da população brasileira. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), atualmente são aproximadamente 32 mil equipes em mais de 5.200 municípios brasileiros, representando quase 50% da sua população coberta pela Estratégia de Saúde da Família, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas. Os Estados vêm ampliando a cobertura de ESF: a maior é de 96% da população do Piauí, em seguida o Estado da Paraíba, com cobertura de 91% da população; Tocantins, com cobertura de 85%; e Sergipe, com cobertura de 85,3% (MS, 2011).

Ainda que vivenciando a expansão rápida das equipes de saúde da família nos municípios de todas as regiões do país, verifica-se uma desigualdade na cobertura da ESF entre as regiões

Figura 2: Cobertura populacional da ESF nos estados brasileiro

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Na região Sudeste, o Estado de São Paulo tem 28% da população coberta pela ESF, seguido do Rio de Janeiro, com 38%, e o Espírito Santo 52%. Minas Gerais tem a maior cobertura da região, com 4.132 equipes de ESF, atuando em 826 municípios dos 857 existentes, com a cobertura de quase 70% da população (MS, 2011). A figura 2 nos mostra a cobertura de ESF no Estado de Minas Gerais.

Figura 3: Cobertura da ESF no Estado de Minas Gerais

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de MG, 2011

Especificamente a região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, caracteriza-se por apresentar uma dinâmica sócio-econômica distinta das demais mesorregiões do estado de Minas Gerais (renda per capita de 330, acima da média estadual), com cerca de 2.072.580 habitantes, segundo o IBGE (2006). O IDH médio da região é 0,809. A mortalidade infantil, que mede o número de óbitos de crianças menores de cinco anos de idade, tem na região do Triângulo e Alto Paranaíba índices considerados baixos e muito baixos. Contraditoriamente, no que diz respeito à mortalidade causada por doenças infecciosas e parasitárias, os índices são muito altos na microrregião, o que atribui-se a uma deficiência da atenção básica (LEMOS, 2005).

2.4 Os territórios e a utilização dos serviços de saúde

Atualmente têm-se dado um enfoque especial a inter-relação entre sujeito e o meio, e aos territórios como determinantes das condições de saúde. A exposição a fatores inerentes ao ambiente contribuem para as condições de vida individual e coletiva da população.

Segundo Barcellos et. al. (2002), o território é caracterizado em decorrência de seu processo histórico e acúmulo de situações ambientais que proporcionam condições ao aparecimento de eventos adversos à saúde. Compreender o território permite visualizar as condições de saúde da população que vive nele, e a tentativa de avaliar a interação entre serviço e usuário.

Além do limite geográfico em si, o território representa também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural. Visto isso podemos constatar que dentro de um território encontramos uma realidade populacional específica, vivências temporais e espaciais singulares, com necessidades particulares a serem acompanhadas por profissionais que ali atuam e seus gestores (MENDES, 1993; BARCELLOS e ROJAS, 2004). Todos esses elementos acabam por interferir na complexidade da utilização dos serviços de saúde, que também é resultante de um conjunto de características sócio demográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico (GOLDBAUM et. al., 2005).

Em seu estudo, Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) afirmam que a utilização da ESF está ligada ao perfil do usuário: ser mulher, idoso, pobre, sem cobertura por plano de saúde e com auto-percepção de saúde ruim determinam a utilização da unidade de saúde, o que indica favorecer a pessoas mais vulneráveis ao adoecimento.

Vale ressaltar que num país imenso como o Brasil, avaliar as desigualdades no uso dos serviços básicos de saúde implica, também, na possibilidade de alcançar os indivíduos em situação desfavorável, identificar possíveis exclusões e compensar as diferenças existentes (TRAVASSOS, 1997). Essas diferenças entre regionais não só acontece entre estados e regiões do país, mas também dentro de um mesmo município. O crescente aumento da população e o processo de urbanização chamou a atenção de autores que se interessaram sobre a questão dos diferenciais intra-urbanos tanto na área da demografia e das ciências sociais quanto na da saúde e na do planejamento (BARROS, 1997)

As técnicas de geo-referenciamento de dados possibilitaram um avanço aos estudos de diferenciais intra-urbanos em saúde. A disponibilidade das bases de dados juntamente com essas técnicas, possibilitaram novas concepções de espaço, considerado por Santos (1996), “um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual” e, por esta razão, a evolução territorial não se faz de forma igual em todos os lugares. Assim, o espaço passa a ser considerado parte integrante do processo saúde-doença, e reflete as diferentes possibilidades e manifestações da produção social da saúde em um mesmo território

Akerman (1994) estudou a distribuição de agravos à saúde utilizando técnicas e indicadores e observaram que existem desigualdades em saúde entre bairros de uma mesma

cidade. Chegou à conclusão que as populações não se distribuem por acaso nas unidades territoriais de uma cidade; tendem a se agrupar, pois compartilham de características relativamente similares de natureza social e econômica. Portanto, seria necessário que se formassem políticas públicas específicas para as condições de vida e saúde de cada grupo. Ao analisar dados epidemiológicos é preciso desagregá-los entre territórios de uma mesma cidade, para que a formulação de políticas seja compatível com a diversidade intra-urbana.

Nesse contexto de diferenças regionais, municipais, estaduais ou intra-urbanas, nos remete a idéia da urgente necessidade de fazer valer o princípio da equidade no sistema de saúde brasileiro. Segundo a OMS, este implica que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde e que possam evitar desvantagens que as desigualdades sociais provocam no alcance desse potencial. Assim, Whitehead (1992) aponta que as políticas de saúde, planejadas para toda a população brasileira, não podem pretender atingir da mesma forma a saúde de todos, se as populações mais vulneráveis são as mais impactadas pelo processo saúde/doença.

A Estratégia de Saúde da Família é uma importante ferramenta nessa complexidade que envolve o tema da equidade e justiça social, e para Sisson (2007) isso se dará através de um conjunto de condições: maior disponibilidade de recursos financeiros, realocação de recursos entre esferas de governo e organização da rede local para garantir a universalidade e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais. Tais medidas vêm ganhando destaque desde a segunda metade dos anos 90, que se configura pela busca de promover a conciliação entre objetivos macroeconômicos de estabilização e as metas de reformas sociais teoricamente voltadas para a melhoria da resolubilidade do sistema de saúde e da equidade em um país marcado pela imensa diversidade regional.

Diante dessas grandes heterogeneidades sociais, econômicas e administrativas que marcam o nosso país, suas regiões e municípios, surgiu o interesse em conhecer mais a fundo a população usuária da ESF nas regiões da cidade de Patrocínio. Portanto optamos por realizar este estudo epidemiológico descritivo, o qual alguns autores já enfatizavam seu potencial. Para Lebrão (1995), os estudos de morbidade vêm tomando uma importância crescente já que constata a situação atual de saúde da população, diferente dos estudos de mortalidade que mostram a saúde como ela era, portanto eles representam as condições de saúde de uma população com muito mais sensibilidade que as taxas de óbitos. A proposta de aproximar estudos epidemiológicos e os Serviços de Saúde vem apresentando uma relevância cada vez maior na gerência dos serviços de saúde. Essa interface se dá em diferentes etapas do

processo administrativo, desde a análise da situação de saúde para o melhor planejamento das ações até a posterior avaliação do impacto das atividades desenvolvidas (CESAR et. al., 2001)

Radaelli, em 1990, já dizia:

[...] há um interesse crescente no conhecimento do perfil epidemiológico para a adequação das práticas de saúde. Portanto, conhecer a demanda ambulatorial na rede pública tornou-se tarefa necessária tanto para a avaliação de serviços como para a orientação dos que trabalham com gerência, programação e planejamento em saúde.

Considerando que dentro do território municipal encontram-se grupos sociais heterogêneos, com perfil e necessidades particulares, descrever as características sociais e as singularidades do adoecer dos territórios de adscrição das ESF permite adequar os serviços da equipe ao seu perfil populacional do território sanitário.

O presente trabalho busca contribuir nesse sentido.

Diante do exposto, buscaremos respostas para as seguintes perguntas:

- As regiões periférica, rural e central do município em estudo são diferentes entre si em relação ao perfil de morbidade da população adscrita nas ESF?
- Entre as regiões acima citadas, há diferença do perfil social (idade, sexo, escolaridade, ocupação) da população adscrita nas ESF ?

Objetivos

3. OBJETIVOS

Geral: caracterizar os usuários cadastrados nas unidades da Estratégia de Saúde da Família nas regiões Central, Periférica e Rural do município de Patrocínio- MG

Específicos: identificar as morbidades prevalentes por região;
 identificar o perfil dos usuários, segundo idade, sexo, escolaridade e ocupação, por região.

Materiais e Métodos

4. MATERIAIS e MÉTODOS

4.1 Modelo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico e descritivo, do tipo levantamento.

Os estudos epidemiológicos descritivos caracterizam-se por estudar na população a ocorrência, a distribuição e os possíveis fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde.

4.2 Local e campo de estudo

O projeto foi desenvolvido no município de Patrocínio/MG, que, segundo o Censo Demográfico de 2010, conta com 82.471 habitantes (41.939 homens e 40.532 mulheres), sendo 72.758 na área urbana e 9.713 na área rural (IBGE, 2010). Localizado na região do Alto Paranaíba, sua economia é baseada na agricultura, com destaque para o cultivo do café onde trabalham mais de 20 mil pessoas todo ano. O Índice de Desenvolvimento Humano é 0,799 referente ao Censo IBGE de 2000, nível considerado médio, ocupando a 576^a posição. No Brasil, 4.931 municípios (89,6%) estão em situação pior ou igual.

Quando se trata de acesso aos serviços básicos, no ano de 2000, a população já contava com 96% de água encanada, 99% de energia elétrica e 80% do esgoto tratado.

Figura 4: Localização de Patrocínio no Estado de Minas Gerais.

Fonte: CASEMG – Companhia de Armazéns e Silos do Estado de Minas Gerais.

casemg.com.br. Acesso em 19 de março de 2012.

A educação no município é suprida por 36 escolas municipais, estaduais e particulares. Entre as faculdades de curso superior e tecnológicos tem-se o Instituto Federal do Triângulo Mineiro (IFTM), Centro Universitário do Cerrado - Patrocínio (UNICERP), Instituto de Ensino Superior de Patrocínio (IESP) e Centro Universitário de Maringá (CESUMAR)

Conforme dados do Ministério da Saúde através do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), conta com 108 unidades de atendimento médico, sendo 23 (vinte e três) públicas, 83 privadas e 2 de entidades beneficentes sem fins lucrativos, assim distribuídos: 4 hospitais, 11 unidades básicas, 8 clínicas especializadas/ambulatórios de especialidades, 64 consultórios isolados, 12 unidades de apoio diagnose e terapia, 1 centro de atenção psicossocial (CAPS), 1 Centro de especialidades odontológicas (CEO) 1 policlínica pública de especialidades, 3 postos de saúde, 1 pronto socorro geral, 1 unidade de vigilância em saúde, 2 unidades móveis terrestres, 1 farmácia popular, 1 equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e 194 leitos para internação, sendo 112 pelo SUS (PMS, 2010)

Além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que presta assistência a 11.320 pessoas da zona rural, 75% da população total (62.048) é assistida pela Estratégia de Saúde da Família (SIAB, 2010). O programa do Sistema Único de Saúde foi implantado no município no ano de 2000, contando hoje com 16 equipes de saúde - três na região central, 12 periféricas, um na região rural, que é itinerante.

A região periférica possui 12 equipes de saúde da família, distribuídas em vários diferentes bairros, sendo que o bairro de Serra Negra concentra três equipes. A região Central conta com três ESF em dois bairros, sendo que o bairro São Vicente possui duas equipes. A região rural conta com 1 ESF de caráter itinerante.

Figura 5: Município de Patrocínio-MG e suas regiões.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio-MG, 2010.

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

4.3.1 Processo de definição da amostragem

Foi utilizado um processo de amostragem estratificada com alocação proporcional entre os estratos, na qual a unidade primária do estudo são os prontuários médicos das unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Patrocínio-MG. Foram considerados três estratos definidos pelas regiões do referido município: Central, Periférica e Rural.

Assumindo que a população é de tamanho finito e um coeficiente de confiança 95%, temos que o tamanho amostral mínimo para o presente estudo, com o objetivo de estimar a prevalência de morbidades, foi calculado utilizando a expressão:

$$n = \frac{\sum_{h=1}^k \frac{1}{w_h} N_h^2 P_h (1 - P_h)}{N^2 \frac{\varepsilon^2}{Z_Y^2} + \sum_{h=1}^k N_h P_h (1 - P_h)}$$

onde P_h é a prevalência da morbidade no h-ésimo estrato; ε = erro amostral máximo admissível; N_h é o tamanho da população (número de pessoas cadastradas nas ESF) do h-ésimo estrato; w_h é a fração do h-ésimo estrato, dado pela razão entre e N; e $N = 60623$ pessoas é o tamanho total da população em estudo; Z_Y^2 é a variável reduzida da distribuição normal. Na amostragem estratificada proporcional, a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população é mantida na amostra (Raggio-Luiz, 2000). Assim, para o h-ésimo estrato, temos $w_h = N_h/N$. Considerando $\varepsilon = 0.05$ determinamos um tamanho amostral mínimo de 596 prontuários, divididos proporcionalmente entre os três estratos (COCHRAN, 1977).

Quadro 1: Número de pessoas e tamanho amostral (n) para cada estrato

N1 = 835	n = 9
N2 = 10549	n = 104
N3 = 49239	n = 483

A amostragem foi realizada em múltiplas etapas:

1ª etapa: amostragem estratificada das ESF. Como existem 3 estratos, com respectivos tamanhos N_h , efetuamos a estratificação com partilha proporcional, como é visto no quadro abaixo:

Tabela 1- Tamanho da amostra para cada estrato

ESF	N	n
Rural (1 ESF)	268 famílias (835 pessoas)	9
Central (3 ESF)	3229 famílias (10549 pessoas)	104
Periférica (12 ESF)	14045 famílias (49239 pessoas)	483
TOTAL	17542 famílias (60623 pessoas)	596

Em um processo de amostragem é fundamental que a amostra se aproxime o máximo possível da população em relação a algumas variáveis. Para tanto foi realizada a partilha proporcional, dos prontuários a serem consultados nas unidades da ESF, entre as diferentes regiões do município como forma de evitar que uma se sobressaísse dentre as outras pela quantidade de usuários em estudo.

Para encontrar a quantidade de prontuários a serem consultados em cada unidade de saúde, dividiu-se o n pelo número das unidades de ESF em cada região:

Rural = 9 prontuários por unidade

Central = 35 prontuários por unidade (104/3)

Periférica = 40 prontuários por unidade (483/12)

2ª etapa: dentro de cada ESF, realizou-se uma amostragem sistemática utilizando o procedimento de dividir N/n , encontrando um valor x. Em seguida, efetuou-se uma amostragem casual simples para os números entre 1 e x (para cada estrato). Feito o sorteio, o primeiro prontuário foi definido; o segundo prontuário representou o valor sorteado + 1x; o terceiro foi o valor sorteado + 2x e assim por diante até atingir-se o valor n esperado.

Na ocasião, o prontuário encontrado sem condições de inclusão foi descartado e feito um novo sorteio.

3ª etapa: escolhido o prontuário familiar, foi selecionado 1 indivíduo através de um sorteio casual simples entre os membros da família. Considerando-se que cada família tem um número diferente de membros e que poderia haver uma tendência de que o primeiro prontuário fosse da mulher, a qual a literatura aponta como as freqüentadoras mais presentes nos serviços de saúde, cada prontuário foi objeto de um sorteio, evitando a possibilidade de criar-se uma amostra viciada.

O Conselho Federal de Medicina, no artigo 1º da Resolução nº. 1.639/2002 8, define prontuário como :

[...] documento constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência dos profissionais a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

Pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o chamado prontuário transdisciplinar na saúde estimula e fortalece o trabalho em equipe, favorecendo troca de experiências, e dando a possibilidade de troca de informações com os doentes e familiares (BRASIL, 2006). O prontuário familiar, como é chamado dentro do programa Saúde da Família, é instrumento de trabalho que garante o registro das informações e permitindo, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família. É, portanto, elemento decisivo à melhor atenção prestada à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros, e representa ainda um elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais ou éticos (PEREIRA et. al., 2008).

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, permitindo uma maior padronização no procedimento. Os dados coletados envolveram as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, ocupação e morbidades diagnosticadas no ano de 2010.

4.3.2 Critérios de seleção:

Foram adotados os seguintes critérios para inclusão:

- usuário ter utilizado o serviço da ESF em 2010;
- prontuário conter informação suficiente.

Os dados coletados foram tabulados por meio do programa Excel e agrupados segundo critérios estabelecidos, primeiramente divididos por regiões: central, periférica e rural do município.

A variável sexo dividiu-se em feminino e masculino. A escolaridade em alfabetizados e não-alfabetizados, a partir das informações contidas nos prontuários.

As morbidades foram codificadas de acordo com os capítulos da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), 2008, apresentada abaixo:

Quadro 2: Capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID)

• I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
• II	Neoplasmas [tumores]
• III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários
• IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
• V	Transtornos mentais e comportamentais
• VI	Doenças do sistema nervoso

• VII	Doenças do olho e anexos
• VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
• IX	Doenças do aparelho circulatório
• X	Doenças do aparelho respiratório
• XI	Doenças do aparelho digestivo
• XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
• XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
• XIV	Doenças do aparelho geniturinário
• XV	Gravidez, parto e puerpério
• XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal
• XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
• XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
• XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas
• XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade
• XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Seguindo o modelo do “Registrar General na Inglaterra”, Guedes (2000) fez uma versão modificada, a qual foi utilizada no presente estudo, baseada ainda na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Portanto, no presente estudo, as ocupações foram agrupadas nas categorias: “**profissionais**”, representada pelos professores de ensino superior, “**intermediários**” representados pelos gerentes em geral, técnicos de contabilidade, técnicos agrícolas, ministro de culto religioso, comerciantes e “**qualificados não manuais**”, englobando os demais professores, agentes administrativos, auxiliares de contabilidade, caixa, atendente, operador de computador. Os técnicos de enfermagem, telefonistas, frentistas, vendedores, manicures, cabeleireiros, costureiros, bordadeiros, almoxarifes são os representantes do grupo “**qualificados manuais**”. Os “**semi-qualificados**” são os cozinheiros, garçons, operadores de máquinas, marceneiros, sapateiros, mecânicos, eletricitas. E “**não-qualificados**” é o grupo dos trabalhadores agrícolas, pedreiros, borracheiros, faxineiros, empregados domésticos, babás. Os usuários que se encontravam fora da População Economicamente Ativa (PEA) foram classificados em: “**aposentados**”, “**do lar**”, “**menores de idade**”, “**estudantes**” e

“desempregados”; aqueles com informação prejudicada, foram incluídos no item **"prejudicados"** (ROCHA, SIMÕES e GUEDES, 1997).

Aspectos Éticos

5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Obedecendo às normas previstas pela resolução 196/69 do Conselho Nacional de Ética em Saúde, a guarda das informações é de responsabilidade da pesquisadora.

Como seriam trabalhados dados secundários, foi solicitado ao CEP a dispensa do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido obtida tal aprovação.

Resultados

6. RESULTADOS

Dos prontuários selecionados para o presente estudo 73% deles eram procedentes das unidades da ESF localizadas na região periférica, seguidos de 17% da região central e menos de 10% da região rural, conforme exibe a tabela 1.

Tabela 2 - Distribuição dos prontuários segundo a região de localização das unidades da ESF, Patrocínio-MG, 2011

PRONTUÁRIOS		
ESF	N	%
Central	98	17,4
Periférica	411	72,9
Rural	55	9,8
TOTAL	564	100

A tabela 3 apresenta o predomínio do sexo feminino nas três regiões, sendo esse predomínio maior na região periférica.

Tabela 3- Distribuição dos prontuários segundo o sexo e as regiões das ESF, Patrocínio - MG, 2011

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA								
SEXO	Central		Periférico		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	38	38,8	138	33,6	21	38,3	197	34,9
Feminino	60	61,2	273	66,4	34	61,8	367	65,1
TOTAL	98	100	411	100	55	100	564	100

Na tabela 4, as colunas (%) nos indicam que na região central a maior frequência de prontuários se encontra na faixa etária entre 40 – 60 anos. Feita a frequência corrigida por anos, constata-se que a maior quantidade de prontuários encontra-se na faixa de 0 – 1 ano e

na sequência aparece a faixa dos 40 – 60 anos de idade. A região periférica conta com uma frequência maior de prontuários na faixa de 20 – 40 anos, porém, pela frequência corrigida, verifica-se que a faixa de 0 – 1 é onde se encontra maior quantidade de prontuários coletados e, em seguida, a maior frequência é na faixa de 20 – 40 anos. Por último, a zona rural tem de 60 – 90 anos como faixa etária mais freqüente entre os prontuários. Corrigindo a frequência nota-se que isso se modifica, dando lugar à faixa de 15 – 20 anos e, por ordem decrescente, aparece a faixa de idade 1 – 5 com maior número de prontuários estudados (pela frequência corrigida).

Tabela 4 - Distribuição de prontuários segundo faixa etária e regiões das ESF. Patrocínio - MG, 2011

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA											
FAIXA ETÁRIA	Central			Periférico			Rural			Total	
	N	%	Freq. corrigida	N	%	Freq. Corrigida	N	%	Freq. Corrigida	N	%
0 – 1	2	2	2	9	2,2	2,2	0	0	0	11	2
1 – 5	4	4,1	1	21	5,1	1,2	3	5,5	1,37	28	5
5 – 10	0	0	0	15	3,6	0,72	0	0	0	15	2,7
10 – 15	5	5,1	1	15	3,6	0,72	2	3,6	0,72	22	3,9
15 – 20	3	3,1	0,62	13	3,2	0,64	5	9,1	1,82	21	3,7
20 – 40	22	22,4	1,12	136	33,1	1,65	12	21,8	1,09	170	30,1
40 – 60	35	35,7	1,78	134	32,6	1,63	14	25,5	1,27	183	32,4
60 – 90	27	27,6	0,92	68	16,5	0,55	19	34,5	1,15	114	20,2
TOTAL	98	100		411	100		55	100		564	100

Pode-se observar na tabela 5 abaixo, que na região central há 92% de alfabetização; na região periférica 82% de alfabetização e na zona rural quase 84% são alfabetizados, desconsiderando as menores de 10 anos de idade.

Tabela 5: Distribuição dos prontuários segundo alfabetização e região das ESF, Patrocínio-MG, 2011.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA								
	Central		Periférico		Rural		Total	
ALFABETIZAÇÃO	N	%	N	%	N	%	N	%
Não alfabetizados	7	7,1	74	18	9	16,4	90	16
Alfabetizados	91	92,9	337	82	46	83,6	474	84
TOTAL	98	100	411	100	55	100	564	100

Na tabela 6 observa-se a divisão das ocupações encontradas nos prontuários. Os números mostram que nos prontuários da região central encontra-se uma maior quantidade de “aposentados” representando 22% da população estudada, seguida do grupo das “do lar”, com 13%. Na região periférica as donas de casa, chamadas de “do lar” foi a ocupação mais freqüente com 21%, seguida de 16% de “não-qualificados” e quase no mesmo patamar, com 15,3%, os “semi-qualificados”. Na zona rural do município encontra-se uma quantidade expressiva de aposentados com 33% e de “não qualificados”, representando quase 31% do total da amostra dessa região.

Tabela 6 - Distribuição de prontuários segundo ocupação e região das ESF, Patrocínio-MG, 2011

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA								
	Central		Periférico		Rural		Total	
OCUPAÇÃO	N	%	N	%	N	%	N	%
Profissionais	1	1	4	1	0	0	5	0,9
Intermediários	7	7,1	7	1,7	0	0	14	2,5
Qual. Não-manuais	5	5,1	9	2,2	2	3,6	16	2,8
Qual. Manuais	9	9,2	28	6,8	0	0	37	6,6
Semiquualificados	7	7,1	63	15,3	2	3,6	72	12,8
Não-qualificados	12	12,2	64	15,6	17	30,9	93	16,5
Aposentado	22	22,4	53	12,9	18	32,7	93	16,5
Do Lar	13	13,3	87	21,2	8	14,5	108	19,1
Menor de idade	8	8,2	37	9	3	5,5	48	8,5
Estudante	8	8,2	40	9,7	5	9,1	53	9,4

Desempregado	1	1	8	1,9	0	0	9	1,6
Prejudicado	5	5,1	11	2,7	0	0	16	2,8
TOTAL	98	100	411	100	55	100	564	100

A tabela 7 mostra que na região central prevalecem, com 27%, as doenças do aparelho circulatório (Hipertensão Arterial, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Venosa Profunda, Úlcera Venosa, Cardiopatias, entre outras), 17% de transtornos mentais e comportamentais (Depressão, Ansiedade, Síndrome do pânico, Alcoolismo, Tabagismo entre outras) e 15% de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Diabetes, Hipotireoidismo, Dislipidemia, Obesidade, entre outras). Na região periférica encontram-se, em maior quantidade, as doenças do aparelho circulatório com 18%, seguidas dos transtornos mentais e comportamentais com 17% e das doenças osteomusculares e tecido conjuntivo (Fibromialgia, Artroses, Bursites, Escoliose, Tendinites, Osteoporose, Lombalgias, entre outras) com 15%. A população rural é marcada pela prevalência das doenças do aparelho circulatório com 27%. Os transtornos mentais e comportamentais aparecem, novamente, em segundo lugar com 23% e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com 16%.

Tabela 7 - Distribuição de prontuários segundo Capítulos da CID e regiões das unidades da ESF, Patrocínio - MG, 2011.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA								
CAPÍTULO DA CID	Central		Periférica		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	2,9	26	2,9	4	3,7	36	3
II. Neoplasias (tumores)	2	1	17	1,9	3	2,8	22	1,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtornos imunitários	1	0,5	13	1,5	0	0	14	1,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	33	15,8	107	12	18	16,7	158	13,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	35	16,7	152	17,1	25	23,1	212	17,5
VI. Doenças do sistema nervoso	7	3,3	31	3,5	4	3,7	42	3,5
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,5	7	0,8	1	0,9	9	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	1,9	21	2,4	1	0,9	26	2,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	57	27,3	167	18,7	29	26,9	253	20,9
X. Doenças do aparelho respiratório	14	6,7	91	10,2	8	7,4	113	9,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	1,4	30	3,4	2	0,9	34	2,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	2	0,2	0	0	2	0,2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	30	14,4	135	15,2	5	4,6	170	14,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	2,9	49	5,5	5	4,6	170	14,1
XV. Gravidez parto e puerpério	2	1	14	1,6	1	0,9	17	1,4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	0,5	3	0,2	0	0	4	0,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	0,5	5	0,6	0	0	6	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	2,4	14	1,6	1	0,9	20	1,7
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	0,5	6	0,7	2	1,9	9	0,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	0,1	0	0	1	0,1
TOTAL	209	100	891	100	108	100	1208	100

Pela tabela 8, pode-se constatar que na faixa etária de 0 a 1 ano as morbidades que mais aparecem neste estudo foram as doenças respiratórias (CID X), com 47% de prevalência. Nas crianças de 1 a 5 anos também não é diferente: as doenças respiratórias (CID X) aparecem com 58% . Nas faixas de 5 a 10 anos e 10 a 15 anos as doenças que mais aparecem também são as do aparelho respiratório com 19% e 34% respectivamente. Encontram-se diferenças na faixa etária de 15 a 20 anos, na qual as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID IV) são as mais prevalentes, com 21%. Os transtornos mentais e comportamentais (CID V) são os de maior frequência na faixa etária de 20 a 40 anos e na faixa de 40 a 60 anos, representando 24% e 22% do total, respectivamente. Nos idosos, entre 60 e 90 anos, encontra-se um maior número de doenças do sistema osteomuscular (CID XIII) e tecido conjuntivo em relação as demais morbidades diagnosticadas, representando 13% .

Tabela 8- Distribuição dos prontuários segundo capítulos da CID e a faixa etária dos usuários das ESF, Patrocínio - MG, 2011

CAPÍTULO DA CID	FAIXA ETÁRIA																	
	0-1		1-5		5-10		10-15		15-19		20-40		40-60		60-90		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	5,3	3	6,7	4	15,4	2	6,1	3	8,8	11	3,3	10	2,3	2	0,7	36	3
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,6	8	1,8	12	4,4	22	1,8
III. Doenças órgãos hemat e transt imunitár	0	0	2	4,4	0	0	0	0	0	0	4	1,2	6	1,4	2	0,7	14	1,2
IV. Doenças endócrinas nutrice e metabólicas	0	0	2	4,4	3	11,5	2	6,1	7	20,6	34	10,1	70	15,8	40	14,7	158	13,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	2,2	1	3,8	1	3	6	17,6	82	24,4	99	22,4	22	8,1	212	17,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1	5,3	0	0	2	7,7	3	9,1	2	5,9	11	3,3	13	2,9	10	3,7	42	3,5
VII. Doenças do olho e anexos	2	10,5	2	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,7	2	0,7	9	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	2	4,4	3	11,5	1	3	0	0	2	0,6	13	2,9	5	1,8	26	2,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	10,5	0	0	0	0	0	0	1	2,9	30	8,9	109	24,7	111	40,7	253	20,9
X. Doenças do aparelho respiratório	9	47,4	26	57,8	5	19,2	13	39,4	4	11,8	20	6	22	5	14	5,1	113	9,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	5,3	2	4,4	0	0	1	3	0	0	18	5,4	8	1,8	4	1,5	34	2,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	2,2	1	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,2
XIII. Doenças osteomusculares e tec conjuntivo	0	0	1	2,2	0	0	1	3	5	14,7	61	18,2	66	14,9	36	13,2	170	14,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	10,5	0	0	0	0	0	0	2	5,9	33	9,8	11	2,5	12	4,4	60	5
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2,9	15	4,5	0	0	0	0	17	1,4
XVI. Algumas afecções perinatais	0	0	2	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,5	0	0	4	0,3
XVII. Malf cong e anomalias cromossom	1	5,3	0	0	2	7,7	2	6,1	1	2,9	0	0	0	0	0	0	6	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	4	15,4	4	12,1	2	5,9	8	2,4	1	0,2	1	0,4	20	1,7
XIX. Lesões enven e algo conseq causas ext	0	0	1	2,2	1	3,8	2	6,1	0	0	4	1,2	1	0,2	0	0	9	0,7
XX. Causas externas de morbid e mortalid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	0	0	1	0,1
TOTAL	19	100	45	100	26	100	33	100	34	100	336	100	442	100	273	100	1208	100

Pela tabela 9 abaixo, observa-se que entre as mulheres e homens prevalecem as doenças do aparelho circulatório (CID IX) e os transtornos mentais e comportamentais (CID V). Comparando os sexos (linhas %), nota-se que todas as morbidades acometem mais o sexo feminino, exceto as doenças de pele e tecido subcutâneo (CID XII) e as causas externas de morbidade e mortalidade (CID XX), que incidiu exclusivamente no sexo masculino.

Tabelas 9 - Distribuição da morbidade identificada nos prontuários, segundo capítulos da CID e sexo dos usuários das unidades da ESF. Patrocínio - MG, 2011

CAPÍTULO CID	SEXO							
	Masculino			Feminino			TOTAL	
	N	%		N	%		N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	3,1	(33,3)*	24	2,9	(66,7)*	36	3 (100,0)*
II. Neoplasias (tumores)	11	2,8	(50,0)*	11	1,3	(50,0)*	22	1,8 (100,0)*
III. Doenças órgãos hemat e transt imunitár	5	1,3	(35,7)*	9	1,1	(64,3)*	14	1,2 (100,0)*
IV. Doenças endócrinas nutrice e metabólicas	41	10,5	(25,9)*	117	14,3	(74,1)*	158	13,1 (100,0)*
V. Transtornos mentais e comportamentais	53	13,6	(25,0)*	159	19,4	(75,0)*	212	17,5 (100,0)*
VI. Doenças do sistema nervoso	16	4,1	(38,1)*	26	3,2	(61,9)*	42	3,5 (100,0)*
VII. Doenças do olho e anexos	3	0,8	(33,3)*	6	0,7	(66,7)*	9	0,7 (100,0)*
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	11	2,8	(42,3)*	15	1,8	(57,7)*	26	2,2 (100,0)*
IX. Doenças do aparelho circulatório	86	22,1	(34,0)*	167	20,4	(66,0)*	253	20,9 (100,0)*
X. Doenças do aparelho respiratório	48	12,3	(42,5)*	65	7,9	(57,5)*	113	9,4 (100,0)*
XI. Doenças do aparelho digestivo	19	2,3	(55,9)*	15	2,3	(55,9)*	34	2,8 (100,0)*
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0,5	(100,0)*	0	0	(0,0)*	2	0,2 (100,0)*
XIII. Doenças osteomusc e tec conjuntivo	49	12,6	(28,8)*	121	14,8	(71,2)*	170	14,1 (100,0)*
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	19	4,9	(31,7)*	41	5	(68,3)*	60	5 (100,0)*
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0	(0,0)*	17	2	(100,0)*	17	1,4 (100,0)*
XVI. Algumas afecções perinatais	2	0,5	(50,0)*	2	0,2	(50,0)*	4	0,3 100,0)*
XVII. Malf cong e anomalias cromossom	0	0	(0,0)*	6	0,7	(66,7)*	6	0,5 (100,0)*
XVIII. Sint sinais e anorm ex clín e laborat	7	1,8	(35,0)*	13	1,6	(65,0)*	20	1,7 (100,0)*
XIX. Lesões enven e algo conseq causas ext	8	2,1	(88,9)*	1	0,1	(11,1)*	9	0,7 (100,0)*
XX. Causas externas de morbid e mortalid	1	0,3	(100,0)*	0	0	(0,0)*	1	0,1 (100,0)*
TOTAL	393	100	(34,9)*	815	100	(65,1)*	1208	100 (100,0)*

*linhas (%)

A tabela 10, a seguir, mostra que entre os não analfabetos predomina, com 22%, as doenças do aparelho respiratório. Entre os alfabetizados as doenças do aparelho circulatório são as mais frequentes, alcançando 21% dos usuários das unidades de saúde.

Tabela 10: Distribuição de prontuários segundo capítulos da CID e alfabetização dos usuários das ESF, Patrocínio - MG, 2011

CAPÍTULO DA CID	ALFABETIZAÇÃO							
	Não alfabetizado			Alfabetizado			TOTAL	
	N	%		N	%		N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17	9,3	(47,2)*	19	1,9	(52,8)*	36	3 (100,0)*
II. Neoplasias (tumores)	0	0	(0,0)*	22	2,1	(100,0)*	22	1,8 (100,0)*
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4	2,2	(28,6)*	10	1	(71,4)*	14	1,2 (100,0)*
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11	6	(7,0)*	147	14,3	(93,0)*	158	13,1 (100,0)*
V. Transtornos mentais e comportamentais	13	7,1	(6,1)*	199	19,4	(93,9)*	212	17,5 (100,0)*
VI. Doenças do sistema nervoso	14	7,7	(33,3)*	28	2,7	(66,7)*	42	3,5 (100,0)*
VII. Doenças do olho e anexos	5	2,7	(55,6)*	4	0,4	(44,4)*	9	0,7 (100,0)*
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	2,2	(15,4)*	22	2,1	(84,6)*	26	2,2 (100,0)*
IX. Doenças do aparelho circulatório	37	20,2	(14,6)*	216	21,1	(85,4)*	253	20,9 (100,0)*
X. Doenças do aparelho respiratório	41	22,4	(36,3)*	72	7	(63,7)*	113	9,4 (100,0)*
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	2,2	(11,8)*	30	2,9	(88,2)*	34	2,8 (100,0)*
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1,1	(100,0)*	0	0	(0,0)*	2	0,2 (100,0)*
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	15	8,2	(8,8)*	155	15,1	(91,2)*	170	14,1 (100,0)*
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	3,3	(10,0)*	54	5,3	(90,0)*	60	5 (100,0)*
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	(0,0)*	17	1,7	(100,0)*	17	1,4 (100,0)*
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	1,1	(50,0)*	2	0,2	(50,0)*	4	0,4 (100,0)*
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	1,6	(50,0)*	3	0,3	(50,0)*	6	0,5 (100,0)*
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	2,2	(20,0)*	16	1,6	(80,0)*	20	1,7 (100,0)*
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	0,5	(11,1)*	8	0,8	(88,9)*	9	0,7 (100,0)*
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	(0,0)*	1	0,1	(100,0)*	1	0,1 (100,0)*
TOTAL	183	100	(15,1)*	1025	100	(84,9)*	1208	100 (100,0)*

*linhas (%)

Pela tabela 11, pode-se observar que na categoria dos “profissionais” prevaleceram as doenças do aparelho geniturinário (CID XIV); nos “qualificados manuais”, “qualificados não-manuais”, “não qualificados”, a classe “do lar” e nos “desempregados” prevaleceram os transtornos mentais e comportamentais (CID V); os chamados “intermediários” e os “aposentados” tiveram as doenças do aparelho circulatório (CID IX) como mais prevalentes; entre “semi-qualificados” e “prejudicados” prevaleceram as doenças osteomusculares e tecido conjuntivo (CID XIII); os “menores” e os “estudantes” tiveram as doenças do aparelho respiratório (CID X) como mais freqüentes.

Tabela 11 - Distribuição de prontuários segundo Capítulos da CID e ocupação

OCUPAÇÃO																											
CAP. DA CID	Profissionais		Intermediários		Qualif. Não manuais		Qualif. Manuais		Semi qualificados		Não qualificados		Aposentado		Do lar		Menor		Estudante		Desempregado		Prejudicado		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
I	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6	13	6,1	2	0,9	3	1,3	6	7,1	9	10,1	0	0,0	0	0,0	36	3,0	
II	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1	1,3	3	1,9	7	3,3	5	2,1	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,9	22	1,8	
III	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,5	4	1,9	1	0,4	3	1,3	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	1,2	
IV	1	14,3	3	13,0	5	16,1	12	15,0	11	7,0	31	14,5	35	14,9	41	17,2	2	2,4	12	13,5	2	12,5	3	10,3	158	13,1	
V	1	14,3	0	0,0	8	25,8	19	23,8	26	16,6	45	21,0	32	13,6	54	22,7	5	5,9	11	12,4	7	43,8	2	6,9	212	17,5	
VI	1	14,3	0	0,0	2	6,5	1	1,3	6	3,8	6	2,8	12	5,1	4	1,7	5	5,9	5	5,6	0	0,0	0	0,0	42	3,5	
VII	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,5	1	0,4	2	0,8	4	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,7	
VIII	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1	1,3	0	0,0	8	3,7	3	1,3	7	2,9	3	3,5	3	3,4	0	0,0	0	0,0	26	2,2	
IX	1	14,3	8	34,8	6	19,4	12	15,0	21	13,4	41	19,2	97	41,3	45	18,9	5	5,9	4	4,5	5	31,3	6	20,7	253	20,9	
X	0	0,0	2	8,7	3	9,7	6	7,5	20	12,7	5	2,3	7	3,0	15	6,3	33	38,8	20	22,5	0	0,0	2	6,9	113	9,4	
XI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	7,5	6	3,8	2	0,9	5	2,1	10	4,2	3	3,5	1	1,1	0	0,0	1	3,4	34	2,8	
XII	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	
XIII	0	0,0	4	17,4	4	12,9	12	15,0	41	26,1	31	14,5	25	10,6	32	13,4	3	3,5	7	7,9	1	6,3	10	34,7	170	14,1	
XIV	3	42,9	4	17,4	0	0,0	3	3,8	12	7,6	13	6,1	9	3,8	9	3,8	3	3,5	2	2,2	1	6,3	1	3,4	60	5,0	
XV	0	0,0	0	0,0	1	3,2	4	5,0	1	0,6	3	1,4	0	0,0	7	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	17	1,4	
XVI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,3	
XVII	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	1,2	4	4,5	0	0,0	0	0,0	6	0,5	
XVIII	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,8	0	0,0	1	0,5	1	0,4	2	0,8	5	5,9	8	9,0	0	0,0	0	0,0	20	1,7	
XIX	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	3	3,4	0	0,0	1	3,4	9	0,7	
XX	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	
TOTAL	7	100,0	23	100,0	31	100,0	80	100,0	157	100,0	214	100,0	235	100,0	238	100,0	85	100,0	89	100,0	16	100,0	29	100,0	1208	100,0	

Discussão

7. DISCUSSÃO

Poucos estudos que incluem perfil de morbidade em unidades de assistência primária são encontrados nos dias atuais. Existem alguns publicados em décadas anteriores (ROCHA e NOGUEIRA, 1985; SIMÕES, ROCHA e OBA, 1990). A escassez desse tipo de estudo pode ser explicada pelas dificuldades encontradas durante sua coleta e confecção, encontradas também no presente estudo: processo de amostragem rígido para um número (n) de prontuários, informações ilegíveis e insuficientes nos prontuários, a possibilidade de um viés, já que os indivíduos geralmente tem mais de um diagnóstico, o que dificulta a descrição dos mesmos, entre outras.

Estudos epidemiológicos de mortalidade são vistos com mais frequência, pois muitas vezes subsidiam as políticas públicas em saúde. Porém, a análise do perfil de morbidade deve ser complemento a esse tipo de estudo, pois são doenças e agravos que não levam ao óbito, mas são indicadores essenciais para o planejamento em saúde pública. Lembrando que, além das doenças em si, o estudo do perfil de morbidade retrata uma realidade social. Baseado nisso, as políticas e ações devem dirigir-se também para os determinantes sociais das doenças, visando ao enfrentamento da complexidade da sua produção.

Para a realização do estudo, considerou-se o município em suas três regiões, acreditando que estas guardariam características diferentes entre si. Nesse sentido pode-se identificar que a população da região periférica procura mais os serviços da Estratégia de Saúde da Família. Em um inquérito realizado por Carvalho (1995) no Rio de Janeiro, foi analisada a distribuição da demanda segundo o local de moradia em área urbanizada e área periférica (favela), tendo sido observado que a maioria dos usuários provinham das áreas mais periféricas, chegando a um percentual de 60% da demanda. Uma possível justificativa para isso seria a localização e a proximidade com as Unidades da ESF, uma vez que as periferias e regiões onde estão as camadas de menor poder aquisitivo, são aquelas onde preferencialmente vem ocorrendo a implantação de mais unidades da ESF.

No município em estudo, a mesma lógica se aplicou, uma vez que na região periférica há 12 unidades da ESF, três na central e uma na região rural.

Houve uma perda média de 10% dos dados coletados nas regiões central e periférica, por falta de informações suficientes ou erros de digitação. Já na região rural, considerando-se

que o número de prontuários definido no cálculo amostral – nove- seria muito pequeno, foi feita uma coleta de 55 prontuários para esta região.

Após a tabulação dos dados, constatou-se que nas três regiões predominaram o atendimento às mulheres. Esse resultado também foi observado em outros estudos (Rocha e Nogueira, 1985; Deloizer e Gagnon, 1991; Tanaka e Rosemburg, 1990; Gouldbaum et. al., 2005) possivelmente pela indisponibilidade dos homens irem aos serviços de saúde nos horários de funcionamento dos mesmos; outra alternativa, seria a auto-avaliação da mulher em relação à sua saúde/doença (DUNCAN, 1996). Segundo Moraes et. al. (2007), enquanto os homens procuram o serviço de saúde por motivos de trabalho ou seguridade social, as mulheres, em sua maioria, se apresentam ao serviço voluntariamente.

As frequências absolutas e corrigidas apresentadas na tabela 3, evidenciam a utilização do serviço segundo as faixas etárias. A frequência absoluta, neste caso, aponta a utilização dos serviços nas unidades da ESF, independentemente da quantidade de anos na faixa etária descrita. Isso poderia ajudar a atingir o objetivo do presente trabalho, de usar esses indicadores como instrumento de gestão e planejamento ao município.

Verifica-se nesta tabela que as faixas etárias mais prevalentes são de 40 – 60; de 20 – 40 e de 60 – 90, nas regiões central, periférica e rural, respectivamente. Como no presente estudo foi encontrado que as mulheres utilizam mais o serviço de saúde com uma prevalência maior das faixas etárias superiores a 20 anos, pode-se justificar isto com base nos achados de Diaz (2002), que relata serem as mulheres com idade superior a 15 anos, as mais acometidas por morbidades e, conseqüentemente, utilizam mais o serviço de saúde. Já nas faixas etárias inferiores (até 9 anos), os homens é que são mais acometidos pelas morbidades e os que utilizam mais o serviço de saúde.

A maioria dos estudos na atenção primária trazem achados referentes a uma maior utilização deste tipo de serviço pelas crianças e idosos. Na revisão sistemática sobre a utilização dos serviços de saúde feita por Mendoza-Sassi e Béria (2001) mostra que os grupos extremos utilizam mais os serviços de saúde, independente do país. Os autores citam diversos estudos nesse sentido, como um realizado nos Estados Unidos por Parkerson et. al. (1995), por Alberts et. al. (1997) na Espanha, Costa e Facchini (1997) no Brasil.

Lembrando que no presente estudo as maiores faixas de idade são as mais prevalentes, isso pode indicar que elas só são as mais freqüentes porque o intervalo contém maior quantidade de anos.

Dado o interesse epidemiológico de saber riscos por grupo etário, o presente estudo trabalhou também com as frequências corrigidas. Nas regiões central e periférica predominam

os menores de 1 ano de idade, provavelmente porque pode ser um grupo mais vulnerável às doenças, principalmente as respiratórias. Interessante notar que na região periférica, a maior frequência de prontuários deu-se na faixa etária de 15 – 20. Contrariando achados que mostram que a população idosa tem mais probabilidade de acessar ao serviço de saúde (Fernandes, Bertoldi e Barros, 2009; Louvison et. al., 2008), por ser considerada também uma população vulnerável, neste estudo não aparece essa população como mais freqüente na utilização das ESF em nenhuma região do município, considerando a frequência corrigida. Contudo, encontrou-se também um estudo feito em Pelotas em 1997, que mostrou o predomínio da população jovem no sistema de saúde, concomitantemente com a população idosa, que vem crescendo notavelmente (COSTA e FACHINI, 1997).

Considerando os índices de alfabetização, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) traz uma média de 9,6% de taxa de analfabetismo no país no último censo de 2010. Os dados encontrados em Patrocínio, alinham-se a estes na região central, uma vez que foi encontrado 92% de alfabetização nas pessoas que utilizam o serviço primário de saúde nesta região. Já nas regiões periférica a taxa de alfabetização foi de 82%, e na zona rural cerca de 84% são alfabetizados.

Estudo de Gouldbaum (2005) no município São Paulo, indica que das pessoas que procuraram a assistência da ESF, cerca de 5% delas eram analfabetas e o restante se dividia em níveis diferentes de escolaridade. Esse autor aponta também que há procura crescente por outros serviços de saúde distintos da ESF (convênios, unidades básicas, de urgência, etc) pelas pessoas de maior escolaridade. Na ESF há uma procura indistinta por todos os tipos de escolaridade. Em outro estudo feito na região do Vale do Jequitinhonha em MG, revelam-se achados interessantes em relação a alfabetização dos usuários dos cuidados primários: 27% desses são analfabetos, nível considerado bastante alto para a média brasileira (DUTRA, 2009). Com isso, pode-se constatar que há disparidades regionais dentro estado de Minas Gerais, já que no presente estudo (realizado também em um município de MG, porém na região do Alto Paranaíba) encontraram-se taxas de analfabetismo bem abaixo desse percentual. Em contrapartida, nas áreas não cobertas pela ESF, alguns trabalhos relatam que quanto maior o nível de escolaridade, maior a procura aos atendimentos de saúde. Na Inglaterra, Oakley et. al. (1993) apontaram que as mulheres com mais anos de estudo consultaram no puerpério com mais freqüência em relação às mulheres com menos anos de estudo. Essa associação de número de consultas por escolaridade foi relatada por Cesar e Tanaka (1996), analisando que famílias que têm seus chefes com maior nível de escolaridade também acessam mais os serviços de saúde.

Na tabela 5 pode ser observada a distribuição das ocupações encontradas nos prontuários. O que mais chama a atenção nesses dados é que quase 58% da população usuária das ESF no município em estudo estão fora da classificação de população economicamente ativa (PEA), dentre eles “aposentados”, e o grupo “do lar” são os mais prevalentes. Esse último dado pode remeter à idéia do tradicionalismo das famílias dessa cidade interiorana, na qual as mulheres (maioria na utilização da ESF) se mantêm no serviço doméstico, enquanto os homens saem para trabalhar.

Goldbaum et. al. (2005) também apontam que os aposentados/inativos foram maioria na utilização dos serviços de uma população coberta pela ESF em São Paulo: inativos (18,4%), desempregados (12,3%), informais/autônomos (12,2%) e empregados (11,8%).

Na região central do município, os “aposentados” predominaram. Contudo, como visto anteriormente, a faixa etária prevalecente nessa região é 40 – 60. Isso poderia ser explicado pela melhor condição social em que se inserem, dando-lhes a oportunidade de se aposentarem com mais facilidade.

Nas regiões periféricas e rural do município, o grupo dos “não-qualificados” apareceu mais frequentemente. Trabalhadores agrícolas, pedreiros, borracheiros, empregados domésticos, ou outros trabalhadores braçais, possivelmente encontram-se em situação social desfavorável em relação ao grupo da região central do município, justificando seu local de moradia. Pelos achados, os diferenciais intra-urbanos se evidenciam no município em estudo, impondo, assim, pelo princípio da equidade, diferenciação nas formas de alocação de recursos e de formas de organização singular do cuidado.

Os capítulos da CID 10

- Por região

Neste estudo de prevalência das morbidades, a maioria dos indivíduos contava com mais de um diagnóstico, portanto ao descrever os dados, foram 564 prontuários e 1208 morbidades encontradas.

Os resultados mostraram a hegemonia das doenças do aparelho circulatório no atendimento ambulatorial das ESF no município de Patrocínio-MG, com 27%, 18% e 27%, nas regiões central, periférica e rural, respectivamente. Apesar de poucas publicações recentes sobre o assunto, algumas mostram o aparecimento prioritário das doenças circulatórias, principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as doenças coronarianas (Cricelli et.

al., 2003) seguidas das doenças endócrinas, metabólicas, músculo-esqueléticas e respiratórias (MINAS et. al., 2010). Dados da OMS mostram que as doenças cardiovasculares vêm crescendo, sendo a maior causa de morte no mundo, especialmente em mulheres. Cerca de 3,9 milhões de pessoas morrem por complicações decorrentes da hipertensão arterial e de cardiopatias, a cada ano (WHO, 2008). Estudo internacional, realizado em alguns serviços de atenção primária da Grécia envolvendo o estudo de mais de vinte mil pessoas, reiterou a maior prevalência das doenças circulatórias, incluindo as doenças coronarianas e a HAS (MINAS et. al., 2010). No Brasil, em estudo feito na cidade de São Carlos-SP constatou-se que dentre as doenças do aparelho circulatório que mais aparecem em um serviço de atendimento primário, a HAS representava 76% delas, seguida de outras (febre reumática, arritmias, varizes) com baixas porcentagens (FELICIANO e MORAES, 1999).

Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) ressaltam a relevância da análise dos prontuários dos pacientes hipertensos, justificado-se pelas doenças cardiovasculares constituírem-se na principal causa de morbimortalidade na população.

O município de Patrocínio-MG parece acompanhar o crescimento das doenças circulatórias, possivelmente explicado pelo crescimento do número de idosos na população, aliado à ausência de hábitos saudáveis. Comparando as regiões do Brasil, Barros (2003) mostrou que o Sudeste é a região que concentra maior número de casos de HAS (incluída nas doenças do aparelho circulatório) e no mesmo estudo constatou-se diferenças entre a área urbana e rural para tal morbidade, sendo menor na região rural.

O governo brasileiro tem destinado várias ações para a prevenção e tratamento dessas morbidades do aparelho circulatório, principalmente a HAS, tais como: capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, e promoção de atividades educativas. O estabelecimento de parâmetros é importante para a programação de novas ações, tendo em vista as projeções alarmantes de aumento do número de hipertensos no país. Estima-se que em 2025, 1,56 bilhão de pessoas serão hipertensas, totalizando 29,2% da população brasileira (BOING e BOING, 2007)

Ao rever estudos de morbidade de décadas anteriores (SIMÕES, 1990; ROCHA e NOGUEIRA, 1985; CARVALHO et. al., 1994) as diferenças são notáveis. Todos eles trazem as doenças infecciosas e parasitárias em primeiro lugar de demanda aos serviços ambulatoriais e em seguida, as doenças do aparelho respiratório. Isso confirma a transição epidemiológica vivenciada nos últimos anos, em que as patologias infecciosas e parasitárias foram dando lugar às doenças crônicas e não-transmissíveis (DCNT), como pode-se ver nos

resultados apresentados em mais um estudo feito em três serviços públicos ambulatoriais no Rio de Janeiro: as doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doença; as doenças infecciosas responderam por 23,5%; e as causas externas foram responsáveis por 10,2% (SCHRAMM et. al., 2004).

Diferente de estudos de anos anteriores, nos quais os transtornos mentais e comportamentais nem apareciam nos perfis de morbidade nos serviços de saúde (Carvalho, 1994; Rocha, 1980), nas três regiões do município em estudo esses aparecem como segundo grupo de morbidades mais prevalentes, destacando-se dentre elas a depressão, a ansiedade, o alcoolismo e o tabagismo. Isso acompanha estudos na área, os quais apontam o crescimento exagerado desse grupo de doenças, gerando preocupação dos governantes do mundo todo.

Estudos da OPAS/OMS (2001) mostram que, no ano 2000, cerca de 12% da população apresentava algum tipo de transtorno mental e comportamental, e que, em 2020, ocorrerá um crescimento desses para um índice de 15%. O Brasil tem um gasto de 2,4% do orçamento na saúde mental segundo Furtado e Campos (2006), e os altos índices, demonstrados inclusive neste trabalho, nos leva a perceber a necessidade urgente de priorizar os cuidados às doenças mentais. Nos últimos anos, não há como negar que a preocupação com a saúde mental já é realidade na agenda dos governantes e algumas iniciativas vêm sendo tomadas: maior investimento nos centros de atenção psicossocial em detrimento dos hospitais psiquiátricos, incentivo às residências terapêuticas e à inclusão social pelo trabalho (BRASIL, 2007). As pesquisas na área ainda são incipientes e necessitam de um incentivo maior para que sirvam de respaldo para se discutir o futuro e promover as melhorias na atenção à saúde mental.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o Diabetes Mellitus (DM), também aparecem com frequência (3ª mais prevalente) entre os usuários da ESF central e rural. Vale ressaltar alguns números sobre a DM: 177 milhões de indivíduos sofrem de DM no mundo e esse índice deverá dobrar até 2030 (OPAS/OMS, 2003). Estudo feito no Brasil por Schmidt et. al. (2006) mostra que a prevalência de diabetes auto-referido foi de 5,3% para o conjunto dos municípios estudados: 4,4% entre homens, e 6,0% entre mulheres. A prevalência entre os estado/ municípios variou de 2,7% em Palmas (TO) a 6,2% em São Paulo (SP). Em MG, Belo Horizonte, encontrou-se um índice de 3,9% de diabéticos na população. No presente estudo não se pode estimar o índice preciso para a DM, mas sua prevalência é alta, devendo ser alvo de atenção especial nas programações de saúde, pois representa um risco aumentado para as doenças cardiovasculares.

Fica evidente que as doenças crônicas e não transmissíveis (DCNT), sejam elas mentais, circulatórias, ou endócrinas tem sido o destaque deste estudo. As estimativas trazem uma realidade não só no município de Patrocínio, mas no Brasil e vários outros países. Os achados do presente trabalho corroboram o de Feliciano e Moraes (1999), no qual os três principais capítulos da CID 10 para as doenças crônicas encontradas em um serviço primário de saúde são: primeiro, as doenças do aparelho circulatório (CID IX); segundo, as doenças endócrino-metabólicas; e em seguida as doenças mentais-comportamentais, o que foi confirmado pelo presente trabalho nesta sequência, respectivamente, para as regiões central e rural.

As doenças crônicas são motivo de maior utilização dos serviços de saúde, chegando a aumentar a ocorrência de internação em 2,97 vezes, o uso de serviços de saúde, em 2,39 vezes e de consulta médica em 41%, de acordo com o estudo feito por Barros et. al. (2003). Para tanto, há esforços no mundo todo a fim de encontrar alternativas frente ao problema. Há hoje, algumas estratégias para o controle dessas morbidades, o que tem possibilitado a integração de ações preventivas e de promoção à saúde na atenção básica e em outros níveis de atenção (BRASIL, 2003, 2006)

Na região periférica, o perfil muda, dando lugar ao capítulo XIII da CID, que abrange as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. Isso pode ser explicado pelos achados das ocupações na região periférica, que costumam ser trabalhadores manuais semi-qualificados (marceneiros, operadores de máquinas...) somados aos trabalhadores rurais (não-qualificados). Nestes grupos as estruturas ósseas, tendíneas e musculares ficam mais vulneráveis pelos esforços feitos durante a execução dos trabalhos braçais, as inadequações no ambiente de trabalho e/ou das condições de funcionamento dos equipamentos disponíveis, além das formas de organização do trabalho (FERREIRA, 2006). Como o município em estudo é marcado pela alta produção cafeeira, podemos tomar os colhedores de café como referência quando se trata de trabalhadores rurais. Em um estudo feito também em MG, com essa mesma classe de trabalhadores braçais, notificou-se que 90% dos trabalhadores rurais têm elevados índices de dores provenientes do sistema osteomuscular, mais especificamente na coluna (MOTA, DUTRA e BARBOSA, 2007). Reafirmado por Teixeira (1999), no Brasil, dez milhões de indivíduos ficam incapacitados por causa desta morbidade. Diante desse quadro, medidas intervencionistas devem ser mais um assunto para agenda de gestores e trabalhadores da saúde pública, respaldados pelos movimentos sociais com participação ativa e consciente.

- Por faixa etária

Nas faixas etárias que vão de 0 até 15 anos as doenças respiratórias prevaleceram com altos índices de frequência, conforme demonstrados nas tabelas. Achados científicos confirmam que as crianças são bastante acometidas pelos problemas respiratórios, dentre eles bronquites, pneumonias e outras infecções das vias aéreas superiores. Em um estudo sobre os principais motivos de consulta das crianças, foram encontrados 65% de infecções respiratórias (CESAR et. al., 2002).

O que chama a atenção nesses achados são as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID IV) encontradas com maior frequência em adolescentes de 15 a 20 anos. Nesse sentido, a obesidade pode ter contribuído para os altos índices nessa faixa etária. Isso justificaria a preocupação de especialistas da área, pois a obesidade tem tomado proporções epidêmicas, com estimativas de que o sobrepeso e a obesidade atingem mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade, cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos (IBGE, 2010). É também um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS.

O baixo peso e a subnutrição foram encontrados em quantidades insignificantes entre os usuários estudados nesse trabalho;

Os transtornos mentais e comportamentais (CID V), que nesse estudo atingem mais as faixas de 20 – 40 e 40 – 60 anos, confirmam um estudo de Lancman (1997) que escolheu quatro cidades, sendo duas no interior do Estado de São Paulo e duas na região metropolitana, para realizar estudo da demanda em Saúde Mental. Encontrou-se uma maior concentração de pacientes na faixa de 20 a 40 anos, seguida da faixa de 40 a 60, com predominância do sexo feminino, o que também foi encontrado no nosso estudo (tabela 7).

Entre os idosos prevaleceram as doenças do aparelho circulatório (CID IX). Isso confirma achados, nos quais a incidência de doenças cardiovasculares dobra a cada decênio de vida nos adultos (KANNEL e WILSON, 1997).

- Por sexo

Ao fazer uma comparação entre sexos, notou-se que as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde, acometidas principalmente pelas doenças do aparelho circulatório (CID IX). Resultados encontrados em um estudo feito por Camargos, Machado e Rodrigues (2003) apontam para um desequilíbrio nas mulheres em relação aos anos a serem vividos sem hipertensão arterial. Curiosamente, a proporção de anos vividos com a doença era

expressivamente maior. Este resultado reforça a importância de se pensar em programas específicos para as mulheres, que têm hoje maior esperança de vida, porém podem sofrer por mais tempo com as condições indesejáveis causadas pela morbidade e a perda da qualidade de vida decorrente dessas condições.

No sexo masculino, as doenças de pele e tecido subcutâneo e as causas externas de morbidade e mortalidade prevaleceram. Uma possível explicação para tal fato é o tipo de trabalho (maioria trabalhadores rurais), exercido muitas vezes em condições precárias e com incidência direta dos raios solares na pele, agravado pelo menor cuidado dedicado pelos homens em relação à pele e aos cuidados à saúde no geral.

Verbruge já dizia em 1989, que ao considerar a exposição a fatores sociais (como estilo de vida, papéis sociais, stress, atitudes relacionadas com a saúde), as diferenças entre homens e mulheres tendem a desaparecer e, para alguns indicadores de morbidade, há inversão do padrão, ficando desfavorável aos homens.

Ainda que nos estudos de demanda aos serviços destaque-se, de uma maneira geral, maior frequência para as mulheres, há indicadores diferentes, quando se refere às causas externas de morbidade e mortalidade (CID XX), visto que na presente pesquisa atinge exclusivamente o sexo masculino. Dentre essas, estariam os eventos relacionados com transporte terrestres, homicídios/agressões, suicídios/lesões autoprovocadas e quedas. Apesar de aparecer somente um registro desse grupo nos prontuários estudados, vale a pena ressaltar alguns números que vêm sendo uma preocupação à saúde pública: em 1998 estimou-se que 5,8 milhões de pessoas morreram em todo o mundo devido a agravos originários de causas externas. Destes, 3,8 milhões eram homens e 1,9 milhões eram mulheres (KRUG, 1999). Um coeficiente de mortalidade por causas externas encontrado em um estudo feito no Brasil foi de 119/100 mil para o sexo masculino e 21,8/100 mil para o feminino (GAWRYSZEWSKI e KOYZUMI e MELLO-JORGE, 2000). Dados mais precisos sobre violência no país foram disponibilizados em 2008: 92% das vítimas de homicídio, 81,6% das mortes por acidentes de transporte e 79,1% dos suicidas eram do sexo masculino (WAISELFISZ, 2011).

- Por escolaridade

Os achados mostraram que entre os analfabetos predominaram as doenças do aparelho respiratório (22%), lembrando que há inclusão de crianças e adolescentes entre os analfabetos, o que seria uma possibilidade de explicação para a maior prevalência de doenças do aparelho respiratório, que incide nessa faixa etária de forma relevante.

- Pela ocupação

Ao analisar as morbidades encontradas em relação às categorias ocupacionais, pode-se constatar que a dentre as 12 adotadas, cinco delas (“qualificados manuais”, “qualificados não-manuais”, “não qualificados”, a classe “do lar” e nos “desempregados”) eram mais acometidas pelas doenças mentais e comportamentais, também mais prevalentes na faixa etária de 20-40.

Porém, conforme as descrições mais acima, viu-se a alta prevalência das doenças do aparelho circulatório dentre os usuários das ESF no município em estudo. Isso pode ser explicado pela forma exacerbada pela qual os “aposentados” são acometidos por esse grupo de morbidades (97 casos), comentadas anteriormente nesse trabalho.

Pela frequência absoluta os idosos foram mais expressivos na zona rural. Vale salientar que a saúde do idoso tem sido alvo de programas governamentais, visto os altos índices de morbidades e co-morbidades nesse grupo. Considerando que o desenvolvimento dessas doenças acomete com menos frequência (e menor gravidade), os indivíduos com trajetória e cotidiano mais saudáveis, o estabelecimento de parâmetros para a programação em saúde nesse sentido deveriam enfocar ações de prevenção e promoção da saúde, esta última aqui tomada com seu conceito de capacidade da comunidade intervir nos determinantes sociais do processo saúde/doença.

Constitui-se em um grande desafio realizar um estudo epidemiológico. O levantamento de dados em prontuários impõe um trabalho minucioso com o objetivo de descrever um pouco do perfil dos usuários da ESF em Patrocínio - MG. A princípio, o rigoroso procedimento para coleta de dados parecia dificultar todo o processo, porém foi importante para manter a organização da coleta e assegurar a credibilidade dos resultados dessa pesquisa. O modelo transversal deste estudo não permite fazer inferências causais ou temporais acerca da associação entre variáveis, porém a análise dos prontuários dos atendimentos no período definido, 2010, possibilitou delinear características importantes dos usuários da ESF de Patrocínio-MG.

Considerações finais

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, as mulheres, os alfabetizados, e os indivíduos com ocupações fora da PEA utilizam mais os serviços de saúde. As morbidades, representadas por capítulos da CID, variaram de acordo com o sexo, a faixa etária, a escolaridade e a ocupação. Destacaram-se as doenças do aparelho circulatório com bastante frequência nas regiões e uma tendência às doenças crônicas. Importante foi verificar que dentro do mesmo município encontram-se diferenças sociodemográficas e perfis de morbidades diferentes entre as regiões de abrangência da ESF, o que deve ser levado em conta pelos gestores e profissionais atuantes.

A ESF é uma ferramenta valiosa para se aproximar da realidade de saúde da população, tornando-se o principal meio para fazer valer o princípio da equidade na saúde pública. Isso se deve ao fato de que, ao trabalhar em definição de territórios, em um determinado contexto social, facilita o conhecimento das particularidades e necessidades do grupo adscrito. É nesse contexto que se defende a idéia de planejar ações direcionadas à realidade local, de forma a evitar as desvantagens de um grupo em relação ao outro e assim atingir satisfatoriamente a saúde das populações e seus diferentes grupos sociais. Deve-se ressaltar que as políticas de saúde, planejadas igualmente para toda a população brasileira, não podem pretender atingir da mesma forma a saúde de todos, tendo em vista as desigualdades conhecidas entre estados, regiões e até mesmo dentro dos municípios.

Os resultados aqui encontrados retratam uma realidade, a qual deve servir de embasamento para a importante tarefa de planejar novas ações. O planejamento baseado nas diferenças locais de cada região, viabiliza a programação de atividades orientadas segundo critérios de risco e vulnerabilidade, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades organizadas.

O presente estudo é descritivo e apresenta suas limitações por não avançar no sentido de possibilitar associações entre as variáveis e inferências causais, bem como por se restringir à morbidade exclusivamente na Atenção Básica, em um momento em que se busca a compreensão do trabalho no sistema de saúde como um todo, na direção da construção das redes de atenção à saúde. Entretanto pode oferecer sua contribuição ao gerar questionamentos e abrir possibilidades para novos estudos, que enfrentem outros desafios situados nos saberes e fazeres da área de saúde.

*Referências
Bibliográficas*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTS, J. F. et. al. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curacao. **Social Science and Medicine**, 45:213-20, 1997.

AKERMAN, M. et. al. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 28: 320-5, 1994

ALMEIDA, C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p. 207-220, 2003

BARCELLOS, C. et. al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138, 2002.

BARCELLOS, C; ROJAS, L. I. **O território e a Vigilância da Saúde**. EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro, 2004

BARROS, M. B. A. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: BARATA, R. B.; BARRETO, ML.; ALMEIDA, F. N.; VERAS, N de; PEIXOTO, R. (Org.). **Equidade e saúde: contribuições da Epidemiologia**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.161-76.

BARROS, M. B. A. et. al. **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, vol.11, n.4, p. 911-926, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 05 jun.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília; 2003. Disponível em: http://www.se.gov.br/userfiles/arquivos/216/anexo_15_tabagismo_e_fatores_de_risco_publicacao_inquerit.pdf . Acesso em 03 mar.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n.648, 28 de Março 2006**. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil, Imprensa Nacional, Seção 1, ed.61, 29/03/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/PNH: **Política Nacional de Humanização**: Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um Outro Olhar**: Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. **Consolidado das famílias cadastradas no ano de 2010 da zona geral do município de Patrocínio-MG**. Brasília, 2010. Disponível em: www.datasus.gov.br/siab/siab.htm. Acesso em 04 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de situação de saúde**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> 2011. Acesso em 03 ago. 2011.

BOING, C. A.; BOING, F. A. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão** vol.14(2): 84-88, 2007.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO C. J.; RODRIGUES, N. R. **Diabetes e hipertensão**: quantos anos os jovens idosos de 60 anos de Minas Gerais podem esperar viver sem essas doenças? Tese (Doutorado em Demografia), CEDEPLAR/ UFMG, CNPq Brasil, 2003.

CARVALHO, S. M et. al. Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (1): 17-29, jan/mar, 1994.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989 – 1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, supl.2: p. 59-70, 1996.

CESAR, C. L.G. et. al. Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquéritos de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.4, n.2, pp. 120-129, 2001.

CESAR, J. A. et. al. Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.18, n.1, pp. 299-305, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução no. 1331, de 21 de setembro de 1989. Dispõe sobre o prontuário médico**. Diário Oficial da União 22 Set, 1989

CONCHRAN, W. G. **Sampling techniques** (3rd Ed.). New York: John Wiley e Sons.

COSTA, J. S. D; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, 31(4):360-9, 1997.

CRICELLI, C, et. al. **Prevalence estimates for chronic diseases in Italy**: exploring the differences between self-report and primary care databases. *Journal Public Health Medicine* 25(3):254–257, 2003.

DELOZIER, J. E.; GAGNON, R. O. **National Ambulatory Medical Care Survey: 1989 Summary**, Advance Data from Vital and Health Statistics of the National Center for Health Statistics. Washington DC: National Center for Health Statistics, 1991.

DIAZ, M. D. M. **Gastos em Saúde e Incidência de Benefícios no Estado da Bahia**. Jan. 2002.

DUNCAN, B. B. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**; 2.ed. 1996.

DUNCAN B. B, SCHMIDT M. I, GIUGLIANI E. R. J et. al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DUTRA, I. R. **Acesso e utilização aos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A. Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos - SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.7, n.3, pp. 41-47, 1999.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, vol.43, n.4, pp. 595-603, 2009.

FERREIRA, C. F. **Estudo epidemiológico sobre os Fatores de risco das algias de coluna vértebra**. Disponível em <http://www.gate.com.br/conteúdo/medicinaesaude/fisioterapia/reumatorisco.htm>. - Acesso em: 13 out. 2011

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. T. O. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.22, n.5 Rio de Janeiro, Maio, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMY, M. S.; MELLO JORGE M. H. P. **As causas externas no Brasil no ano 2000**: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**; 20(4):995-1003, 2004.

GUEDES, G. L. M. **Desigualdade Social**: estudo das hospitalizações no Município de Ribeirão Preto-SP, em 1998. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Social-FMRP-USP, 2000.

GOLDBAUM M.; GIANINI R. J.; NOVAES H. M. D.; CÉSAR C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**; 39(1):90-9, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 01/02/2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em 01 set. 2011.

KANNEL W. B; WILSON P. W. **Comparison of risk profiles for cardiovascular events: implications for prevention**. *Archive International Medicine*; 42: 39-66, 1997.

KRUG, E. **Injury**: a leading cause of the global burden of disease. Geneva: World Health Organization. p 3-7, 1999.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.1, p.93-102, 1997.

LEBRAO, M. L. Estudos de morbidade: usos e limites. **Saúde e Sociedade**, vol.4, n.1-2, pp. 51-57, 1995.

LEMOS, M. M. V. **Atlas de Minas Gerais: A saúde e o social sob a luz do plano diretor de regionalização**. 2005. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2005.

LOUVISON M. C. P., et. al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**; 42(4): 733-40, 2008.

MENDES, E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, n. 10: 7-19, Brasília, 1993.

MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**, 2ª Edição. Brasília, Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Caderno de Saúde Pública**, vol.17, n.4, pp. 819-832, 2001.

MINAS, M et. al. **Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: an epidemiological study**. *BMC Health Service Residence*; 10: 252, 2010.

MORAES, M et. al. Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. **Revista de Saúde da UCPEL**, Pelotas, v.1, n.1, Jan/Jun, 2007.

MORIN, E. **O Método IV. As idéias, a sua natureza, vida, habitat e organização**. Lisboa: Publicações Europa – América, 2002.

MOTA, R.; DUTRA, D. S. G; BARBOSA, F. S. Estudo da prevalência de algias na coluna vertebral em colhedores de café do município de Vieiras – MG. **Revista Ponto de Vista**, vol.5, 2009.

OAKLEY, A. Women and children last? Class, health and the role of the maternal and child health services. **European Journal Public Health**; 3: 220-6, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, 3 p, URSS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais que Nunca**. Relatório Mundial de Saúde 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; vol.2, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

PARKENSON G. R. Perceived family stress as a predictor of health-related outcomes. **Medicine Care**; 4:253-60, 1995.

PEREIRA, et. al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S123-S133, 2008.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2010. **Arquivos da Prefeitura Municipal de Patrocínio**, MG.

RADAELLI, SM, et. al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista de Saúde Pública**; 24: 232-240, 1990.

RAGGIO-LUIZ, R; MANANIN, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8 (2): 9-28, 2000

ROCHA, J. S. Y. **Estatísticas de serviço de saúde**. 1980.

ROCHA, J. S. Y; NOGUEIRA, J. L. Padrões de morbidade em assistência primária na região de Ribeirão Preto- SP, Brasil. **Revista de Saúde Pública**; v. 19, p. 215-224, 1985.

ROCHA, J. S. Y; SIMOES, B. J. G; GUEDES, GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**; vol.31, n.5, pp. 479-487; 1997.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHIMIDT, et. al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, 43 (Supl 2):74-82, 2009.

SCHRAMM, J. M. A. et. al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):897-908, 2004.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.85-91, 2007.

SIMÕES, B. J. G; ROCHA, J. S. Y; OBA, L. H. **Estudo da assistência médica num serviço de atenção primária**. Medicina, Ribeirão Preto, 23 (3): 159 -168, jul/set 1990.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Edição Brasileira – UNESCO 2002 .

TANAKA, O.U.; ROSEMBURG, C.P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, 24: 60 -68, 1990.

TEIXEIRA, M. J. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: Carvalho MMMJ, organizador. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus Editorial; 1999. p. 77-85.

TOWNSEDD, P; DAVIDSON, N. **Inequalities in Health. The Black Report**. London: Penguin Books; 1992.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, Apr./June, 1997.

TRAVASSOS C; VIACAVA F; FERNANDES C; ALMEIDA C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**; 5:133-49, 2000

VASCONCELLOS, M. M; GRIBEL, E. B; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

VERBRUGGE, L. M; WINGARD, D. L. Sex differentials in health and mortality. **Women & Health**, 12(2):103-145, 1987

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011, os jovens do Brasil**. São Paulo : Instituto Sangari; Brasília, DF : Ministério da Justiça, 2011.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, 22(3): 429-445, 1992.

WHO. **The global burden of disease: 2004 update**. 2008.